

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní program: Adiktologie



Veronika Vycpálková

Komorbidita poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen v Psychiatrické léčebně

Bohnice

Co-morbidity of eating disorders and alcohol use among female patients in the

Psychiatric Hospital Bohnice

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

PRAHA

2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

Veronika Vycpálková

.....

Identifikační záznam:

VYCPÁLKOVÁ, Veronika. *Komorbidity poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u ženy v Psychiatrické léčebně Bohnice. [Co-morbidity of eating disorders and alcohol use among female patients in the Psychiatric Hospital Bohnice]*. Praha, 2012. 65 s., 5 příl., 19 tabulek. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Adiktologie 1.LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Poděkování

Ráda bych velice poděkovala PhDr. Lence Čablové za odborné vedení, trpělivost a podnětné připomínky při zpracovávání mé práce.

Velký dík patří Mgr. Patricii Arlethové z Občanského sdružení Anabell za ochotu při získávání zdrojů a informací v oblasti poruch příjmu potravy.

A v neposlední řadě děkuji personálu Psychiatrické léčebny Bohnice za spolupráci při získávání dat.

Obsah:

Abstrakt.....	8
Abstract.....	9
Úvod.....	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. Alkohol	11
1.1. Charakteristika alkoholu	11
1.2. Alkohol v lidském organismu	12
1.3. Účinky alkoholu	12
1.3.1. Krátkodobé nežádoucí účinky	13
1.3.2. Dlouhodobé nežádoucí účinky.....	13
1.4. Mechanismus účinku.....	14
1.5. Poruchy vyvolané účinkem alkoholu (F10.x)	14
1.5.1. Škodlivé užívání alkoholu (F10.1).....	14
1.5.2. Závislost na alkoholu (F10.4)	15
1.6. Příčiny vzniku závislosti	16
1.6.1. Bio psycho socio-spirituální model závislosti	17
2. Poruchy příjmu potravy	18
2.1. Vymezení základních pojmů.....	18
2.1.1. Poruchy příjmu potravy	18
2.1.2. Mentální anorexie	20
2.1.3. Mentální bulimie.....	23
2.1.4. Psychogenní přejídání.....	25
2.1.5. Noční přejídání	25
2.2. Rizika vzniku poruch příjmu potravy	26
2.2.1. Biologické faktory vzniku poruch příjmu potravy	28
2.2.2. Psychologické faktory vzniku poruch příjmu potravy.....	29

2.2.3.	Rodinné a genetické faktory vzniku poruch příjmu potravy	30
2.2.4.	Emocionální faktory	31
2.2.5.	Sociokulturní faktory	31
2.2.6.	Životní události	32
3.	Komorbidity.....	34
3.1.	Vymezení pojmu	34
3.2.	Vztah duševní poruchy a návykové nemoci.....	34
3.3.	Komorbidity poruch příjmu potravy v současných zahraničních studiích.....	36
PRAKTICKÁ ČÁST		39
4.	Použité metody	39
4.1.	Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek	39
4.1.1.	Výzkumné otázky	39
4.2.	Metody získávání dat	39
4.2.1.	Eating Attitude Test (EAT-26)	39
4.2.2.	CAGE.....	40
4.2.3.	Alcohol Dependence Scale (ADS)	41
4.3.	Nominace výzkumného souboru.....	41
4.4.	Metody analýzy dat	41
4.5.	Průběh výzkumného šetření	42
4.6.	Výzkumný soubor	42
5.	Etické normy a pravidla výzkumu.....	44
6.	Výsledky výzkumu	45
7.	Diskuse a závěry.....	57
8.	Použitá literatura.....	60
9.	Přílohy	Chyba! Záložka není definována.
9.1.	Body Mass Index respondentek	Chyba! Záložka není definována.
9.2.	Seznam grafů.....	Chyba! Záložka není definována.

9.3.	Seznam obrázků	Chyba! Záložka není definována.
9.4.	Seznam tabulek	Chyba! Záložka není definována.
9.5.	Dotazníky	Chyba! Záložka není definována.
9.5.1.	The Eating Attitude Test (EAT-26)	Chyba! Záložka není definována.
9.5.2.	CAGE.....	Chyba! Záložka není definována.
9.5.3.	Alcohol Dependence Scale (ADS) – Škála závislosti na alkoholu..	Chyba! Záložka není definována.

Abstrakt

Téma komorbidity poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen je aktuální, jelikož poruchy příjmu potravy můžeme vnímat jako nemoc moderní ženy a užívání alkoholu jako velmi časté a společností tolerované. Přesto je výrazný nedostatek studií, které by se u nás tomuto tématu věnovaly. Zahraniční studie určitá data poskytují, celkový zájem o tuto problematiku však není valný a doposud u nás neexistuje dostupná literatura, která by se touto tematikou komplexně zabývala.

Tato práce vymezuje základní pojmy důležité v oblasti poruch příjmu potravy, škodlivého užívání a závislosti na alkoholu a komorbidity těchto dvou poruch. V praktické části práce za pomoci dotazníkové studie v Psychiatrické léčebně Bohnice (PL Bohnice) zjišťují z dostupných dat odpovědi na výzkumné otázky ohledně prevalence výskytu užívání alkoholu u žen s poruchami příjmu potravy v PL Bohnice a existenci častější predispozice k užívání alkoholu u žen s jednotlivými poruchami příjmu potravy. Výsledkem studie je zjištění, že užívání alkoholu u žen s poruchami příjmu potravy v PL Bohnice je časté a prevalence je výrazně vyšší než u běžné populace. Mentální bulimie se ukázala jako porucha příjmu potravy s predispozicí k častějšímu užívání alkoholu, než je tomu u jiných stravovacích poruch.

Domnívám se, že vzhledem k těmto výsledkům je třeba zvýšit povědomí odborných pracovníků o četnosti výskytu komorbidit těchto dvou poruch, jelikož zjištění jejího výskytu u konkrétní pacientky může ovlivnit výběr léčebných intervencí a jejich výsledek.

Klíčová slova: užívání alkoholu, poruchy příjmu potravy, komorbidita, ADS, EAT-26

Abstract

Co-morbidity of eating disorders and alcohol use among women is topical, because eating disorders can be seen as a disease of modern women and alcohol use as a very frequent and tolerated by society. Despite the seriousness of this issue there are not enough studies on this topic. Unfortunately, interest in this issue is not large in Czech Republic and literature comprehensively addressing this subject is not available. This work defines the basic terms important in the field of eating disorders, alcohol abuse and alcohol dependence and co-morbidity of these two disorders.

The results of a questionnaire study findings in the Psychiatric Hospital Bohnice, Prague, Czech republic, helped me in getting answers to research questions. The object of these research questions are prevalence of alcohol use in women with eating disorders in the Psychiatric Hospital Bohnice and the existence of a predisposition to alcohol use in women with various eating disorders.

Result of the study is the finding that alcohol use in women with eating disorders in Psychiatric Hospital Bohnice is frequent and the prevalence is much higher than in the general population. Bulimia nervosa has proved to be an eating disorder with a predisposition to more frequent alcohol use than those with other eating disorders.

I believe that due to these results, the professionals should be educated about the frequency of comorbidity of these two disorders, since the detection of co-morbidity in a particular patient may influence the choice of therapeutic interventions and their outcome.

Key words: alcohol use, eating disorders, co-morbidity, ADS, EAT-26

Úvod

Užívání alkoholu, a s tím spojené důsledky, je v současné době globálním problémem, který zasahuje celou moderní civilizaci. Alkohol působí na mnoho oblastí našeho života, čímž ovlivňuje také celou společnost. Alkohol patří mezi velice jednoduše dostupnou drogu a také společností velmi tolerovanou. Není proto věnována přílišná pozornost „běžnému“ užívání alkoholu, které se ale v mnoha případech může změnit v problémové užívání anebo závislostní chování.

Poruchy příjmu potravy, stejně jako alkohol, jsou velice rozšířené v moderní společnosti, které ohrožují zejména dívky již od útlého věku až po ženy do pozdní dospělosti. V závislosti na častý výskyt těchto dvou poruch (diagnóz) se můžeme mnohdy setkávat s jejich komorbiditou.

Komorbidita je poměrně častý a závažný psychiatrický problém, který je třeba mít na paměti při psychologické anebo psychiatrické diagnostice. Může být aspektem závažně komplikující průběh léčby a to zejména ta neodhalená. Touto prací bych také chtěla upozornit na tuto existující komplikaci, kterou je velice důležité mít na paměti k výsledně větší efektivitě léčby.

V teoretické části této práce se snažím vymezit základní pojmy pro pochopení praktické části a jejich souvislostí. Obsahuje vymezení jednotlivých poruch příjmu potravy, jejich typy a možné příčiny nemoci, charakteristiku alkoholu, způsob jeho působení, problémové a užívání a závislost. Současně s tím vymezuji pojem komorbidit na základě rešerše dostupných zahraničních studií referujících na téma komorbidit poruchy příjmu potravy a užívání alkoholu u žen.

V praktické části se zaměřuji na vlastní výzkum, který mapuje u vzorku žen s poruchami příjmu potravy hospitalizovaných v Psychiatrické léčebně Bohnice, výskyt užívání alkoholu.

Cílem práce je upozornit na četnost výskytu komorbidit jako takové, ale zejména komorbidit těchto dvou poruch. Domnívám se, že povědomí o této možné komplikaci je nezbytné pro správnou volbu léčebných intervencí a metod práce s pacientkami.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Alkohol

1.1. Charakteristika alkoholu

Alkohol, chemicky nazýván jako etylalkohol, etanol, vzniká procesem kvašení ze sacharidů. A to buď z jednoduchých cukrů, které jsou obsaženy v ovoci anebo ze složených cukrů z obilných zrn či brambor. Vyššího koncentrace lze docílit destilací (Popov, 2003).

Pojem „alkohol“ obvykle označuje látku, která je obsažena v alkoholických nápojích. Chemicky správné označení je etylalkohol anebo etanol. Alkoholy jsou skupinou látek, do které etylalkohol spadá (Edwards, 2000). Dále ve své práci budu používat slovo alkohol ve smyslu etylalkoholu.

Skála (1977) uvádí, že slovo alkohol je arabského původu a vzniklo ze slova al-ka-hal, což znamená zvláštní, jemná látka.

Alkohol spolu s nikotinem patří mezi legální drogy. Způsob aplikace alkoholu je téměř výhradně per os. Existují také jiné způsoby aplikace, ale nejsou běžné (Minařík, 2008).

Göhler a Kühn (2001) popisují alkohol jako potravinu, která má vysoký energetický obsah a schopnosti uvolnit, uklidnit, učinit vše snadným, pozvednout náladu, potlačit problémy, podpořit komunikaci, odstranit sexuální zábrany a navíc ještě mnoho lidí chuťově uspokojit.

Rozlišujeme tři základní druhy alkoholických nápojů. Pivo, víno a lihoviny. Pivo je nápoj, který je vyráběn ze sladového extraktu s přísadou chmele. Obsah etylalkoholu je 1,5-5%. Víno představuje zkvašený mošt vyráběný z hroznů vinné révy. Obsahuje 7-12% etylalkoholu. Lihoviny se vyrábějí procesem destilace kvasu, vína nebo studenou cestou z různých výtažků za přidání čistého lihu (Skála, 1957).

1.2. Alkohol v lidském organismu

Etanol se v lidském těle vyskytuje i bez požití alkoholického nápoje, jako takzvaný endogenní alkohol. Jeho hladina v lidské krvi nepřetržitě kolísá v závislosti na přijaté potravě (po požití ovoce může nepatrně stoupat) anebo na nemoci (například při cukrovce). Množství endogenního alkoholu v lidském těle je 0,04 g/l až 0,3 g/l. Vyšší hladina bývá většinou zapříčiněna požitím alkoholického nápoje (Skála, 1977).

Po vypití alkoholického nápoje se etanol vstřebává sliznicí zažívacího traktu do krve a dále etanol proniká do tkání. Proces může být zpomalen konzumací jídla. Za 45 až 90 minut bývá distribuce alkoholu v těle ukončena. K metabolismu alkoholu dochází především, z devadesáti procent, v játrech za pomoci enzymů. Schopnost rozkladu etanolu se liší dle věku a rozvíjí se postupně již od narození. Močí, dechem, potem a stolicí se z těla vyloučí pouze 10% alkoholu (Zvolský, 2001).

1.3. Účinky alkoholu

„Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí a dispozice“ (Minařík, 2008, s. 341).

Na počátku konzumace má působení alkoholu stimulační charakter. Dochází k povznesení nálady, zvýšenému sebevědomí, mnohomluvnosti, následovně se projevuje snížení sebekritičnosti a zábran, agresivita. Při déle trvající nepřerušované konzumaci alkoholických nápojů anebo rychlé konzumaci větších dávek nastává útlum. Dochází k únavě, somnolenci, spánku, popřípadě bezvědomí a smrti.

Intoxikace má 4 následující stádia, která se liší hladinou alkoholu v krvi:

1. excitační stádium: lehká opilost s alkoholémií do 1,5 g/kg,
2. hypnotické stádium: opilost středního stupně s alkoholémií 1,6-2,0 g/kg,
3. narkotické stádium: těžká opilost s alkoholémií větší než 2g/kg,
4. asfyktické stádium: těžká alkoholová intoxikace s možností ztráty vědomí, zástavy dechu a oběhu s alkoholémií nad 3g/kg (Popov, 2003).

1.3.1. Krátkodobé nežádoucí účinky

1. Somatické příznaky se odvíjí od výše dávky. Mohou se projevovat jako porucha rovnováhy, svalového napětí a zpomalení reakčního času. Vyskytuje se také nevolnost a zvracení.
2. Změny chování se projevují sníženou sebekritičností, která může vést k riskantnímu chování s následnými úrazy, agresivitou.
3. U těžkých intoxikací může nastat kvantitativní porucha vědomí až smrt.
4. Málo častou komplikací je patická opilost neboli patická embrieta. Nastává po požití malého množství alkoholu, které by v běžném případě nezpůsobilo intoxikaci. Nastává porucha vědomí s bludy a halucinacemi, porucha chování, kdy je postižený agresivní vůči sobě anebo okolí. Po několika minutách až hodinách končí tento stav spánkem. Na stav patické opilosti bývá amnézie.

1.3.2. Dlouhodobé nežádoucí účinky

1. Může dojít k poškození gastrointestinálního traktu. Vyskytují se například poruchy trávení, průjemy, jaterní cirhóza, jícnové varixy, poškození pankreatu i nádorové bujení. Nezanedbatelné jsou obtíže spojené s malnutricí a avitaminózou.
2. Poškození oběhového systému. Například arteriální hypertenze či kardiomyopatie.
3. Často se vyskytují poruchy krvetvorby, anémie a poruchy hemokoagulace.
4. Vyskytují se také poruchy spánku, depresivní a úzkostné stavy.
5. Poškození nervového systému, jako je polyneuropatie a organické poškození mozku. Chronický abúzus alkoholu může způsobovat psychotickou poruchu, která je způsobena poruchami mozku. Tento stav se projevuje výskytem halucinací, bludů, poruchami paměti, které vedou až do stádia demence.
6. Poškození endokrinního systému. Narušuje sekreci glukokortikoidů a testosteronu. U mužů může vést k potenci.
7. Užívání alkoholu v těhotenství může způsobit vážné poškození plodu, fetální alkoholový syndrom (FAS) (Minařík, 2008).

1.4. Mechanismus účinku

Psychotropní účinek alkoholu je založen na ovlivnění dopaminergního, noradrenergního a GABAergního neurotransmiterového systému (Minařík, 2008).

„Neurobiologický substrát vlivu alkoholu na psychické funkce je dán změnami, ke kterým dochází v metabolismu neurotransmiterů (zejména dopaminu a noradrenalinu) v CNS. Při alkoholismu dochází k útlumu dopaminergní, serotonergní a taurinergní aktivity. Dochází rovněž k potlačení inhibičního účinku kyseliny gama aminomáselné (GABA). Naopak zvýrazněna je aktivita glutamátu, zvyšuje se aktivita kalciových kanálů v neuronech a počet NDMA receptorů, dochází k hyperstimulaci cholinergního, noradrenergního a opioidového systému“ (Popov, 2003, s. 151).

1.5. Poruchy vyvolané účinkem alkoholu (F10.x)

Z psychiatrického pohledu jsou tyto poruchy rozděleny do dvou základních skupin:

1. Poruchy zapříčiněné přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém. Ať už přímo, intoxikací alkoholem, anebo jako následek chronického užívání alkoholu, odvykacím stavem, psychotickou poruchou či anamnestickým syndromem.
2. Poruchy, které se projevují návykovým chováním, souvisí s užíváním alkoholu, a mohou vést k závislosti (Popov, 2003).

1.5.1. Škodlivé užívání alkoholu (F10.1)

Jde o užívání, které narušuje lidské zdraví, a to po stránce fyzické i psychické. Tato diagnóza vyžaduje výskyt aktuálního poškození, jako následku užívání. Škodlivé užívání často vyvolává nepříznivé sociální důsledky. Přesto sociálně negativní důsledky, jako je například věznění anebo mezilidské spory, nejsou dostatečným důkazem škodlivého užívání. Stejně tak akutní intoxikace anebo „kocovina“ nejsou dostatečným důkazem poškození zdraví pro diagnostikování škodlivého užívání.

Škodlivé užívání by nemělo být diagnostikováno v případě, že je přítomen syndrom závislosti, psychotická porucha anebo jiné specifické poruchy, které vyplývají z požívání drog či alkoholu.

Definice škodlivého užívání dle DSM-IV se poněkud liší. Pro diagnózu dostačuje jedno z následujících kritérií:

1. selhávání v některé ze životních rolí v důsledku užívání látky
2. opakující se rizikové užívání
3. opakující se právní problémy, které souvisí s návykovou látkou
4. pokračování užívání, přestože přetrvávají sociální nebo mezilidské problémy (Nešpor, 2003).

1.5.2. Závislost na alkoholu (F10.4)

Podle současné definice uvedené MKN 10 je syndromem závislosti chápán soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních úkazů, kdy užívání nějaké látky je u jedince větší prioritou, než jednání, kterému kdysi dával přednost (Jeřábek, 2008).

Kritéria závislosti dle MKN 10:

1. silná touha či nutkání užít látku,
2. obtíže v kontrole užívání týkající se začátku a ukončení či množství látky,
3. tělesný odvykací stav,
4. tolerance, vyžadování stále většího množství látky, aby došlo k účinku dříve vyvolaného menším množstvím látky,
5. užívání látky na úkor jiných, dřívějších zájmů a potěšení
6. pokračování v užívání přes prokazatelný důkaz škodlivých následků (Nešpor, 2003).

Diagnóza syndromu závislosti by se měla stanovit v případě, že tři kritéria závislosti trvají jeden měsíc anebo kratší dobu opakovaně v posledním roce (Jeřábek, 2008).

Definice syndromu závislosti podle DSM-IV je v mnohém podobná, jako u MKN 10. Liší se tím, že nezahrnuje první ze šesti kritérií – craving. Oproti tomu klade větší důraz na zhoršené sebeovládání vzhledem k návykové látce (Nešpor, 2003).

Dosud platná Jellinekova typologie z roku 1940 rozlišuje pět typů závislosti na alkoholu:

1. typ alfa – „problémové pití“, je způsob užívání alkoholu, které je využíváno k sebe-medikaci k odstranění dysforie, potlačení nepříjemné tenze, depresivních anebo úzkostných stavů. Běžné je pití o samotě.
2. typ beta – příležitostný abúzus, má výraznou sociokulturní složku, často se vyskytuje pití ve společnosti. Typickým následkem je somatické poškození.
3. typ gama – může být označován jako „anglosaský“ typ s preferencí piva destilátů, charakteristické poruchami kontroly pití, pozvolným nárůstem tolerance, vzestupem konzumace alkoholu s následným fyzickým i psychickým poškozením. Důraz na psychickou závislost.
4. typ delta – „románský typ“ s preferencí vína, charakteristická je denní konzumace alkoholu, udržování „hladinky“. Neobjevují se výrazné projevy opilosti a ztráty kontroly. Výrazněji vyjádřená je fyzická závislost.
5. typ epsilon – „kvartální pijáctví“, typicky se vyskytuje období delší úplné abstinence. Jedná se o nepříliš častou variantu závislosti. Může být provázena afektivními poruchami (Minařík, 2008).

1.6. Příčiny vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti na alkoholu a jiných drogách jsou velice komplexní. Doposud nebylo potvrzeno nic, co by jasně potvrzovalo sklony ke vzniku závislosti. U někoho vzniká závislost na základě nadměrného pití kvůli psychologickým problémům, u jiného převládají genetické dispozice anebo sociokulturní vazby na alkohol či rituály spojené s užíváním. Ve většině případů se jedná o kombinaci řady faktorů (Kudrle, 2003).

1.6.1. Bio psycho socio-spirituální model závislosti

Biologická úroveň

Mezi biologické faktory spadají problematické okolnosti v době těhotenství matky dítěte – například byla-li matka sama alkoholička. Také okolnosti během porodu ovlivňují psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumatických okamžiků a nemocí.

Psychologická úroveň

Faktory psychického původu můžeme nalézt již v období nitroděložního vývoje plodu a období porodu. Nejsou tím míněny tedy biologické faktory poškození v době před porodem, ale prožívání toho, co mohlo působit nějaké biologické poškození.

Například, když žena prožívá těhotenství jako stres, informace o stresu se přenáší také na plod. V případě, že matka využije tlumivých látek v boji proti stresu, přenesou se i tyto informace na plod. Vytvoří jakýsi vtisk o působení tlumivých látek při stresu. Tato zkušenost, kód, bude čekat na oživení v životě mimo dělohu matky. Později, jakmile potomek využije stejné metody k vyrovnání se se stresem, zažije nový, ale dávno známý efekt. Tento „pozitivní“ prožitek může rychle posilovat vznik návyku.

Sociální úroveň

Tato oblast se zabývá kontextem, ve kterém se vše odehrává. Všímá si působení vztahů s okolím, které utváří anebo naopak deformují či brzdí zrání jedince. Spadají sem nejobecnější okolnosti, jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, sociální zajištěnost a v neposlední řadě prostředí, ve kterém jedinec žije. Ke specifitě patří kvalita jednotlivých vztahů mezi členy rodiny, popřípadě absence rodiny.

Spirituální úroveň

Spirituální složka symbolizuje vztah k tomu, co mne přesahuje. K čemu se obracím jako k největší autoritě, ideji. Je to něco, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu (Kudrle, 2003).

2. Poruchy příjmu potravy

2.1. Vymezení základních pojmů

Na začátku této práce bych ráda vysvětlila základní pojmy, s kterými se čtenář bude v průběhu celého textu setkávat. Tyto pojmy je třeba správně vysvětlit, pochopit a posléze nezaměňovat k pochopení textu. Poruchy příjmu potravy jsou doménou zejména dívek a žen (Krch, 2007), proto budu psát o ženském rodě.

2.1.1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (PPP) patří mezi nejčastěji se vyskytující a ve svých důsledcích a dlouhodobém průběhu také nejzávažnější onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Kromě mentální anorexie a mentální bulimie a jejich atypických forem bývá k poruchám příjmu potravy někdy řazeno i psychogenní a noční přejídání a s nimi spojená obezita (Krch, 2007).

Poruchy příjmu potravy postihují převážně dospívající dívky a mladé ženy, což je často připisováno nezanedbatelným psychickým a fyzickým změnám, které nastávají v tomto období. Není to ale pravidlem. Stále častěji se s poruchami příjmu potravy setkáváme také u osob středního věku a u dětí. Onemocnění postihuje také mužskou část populace, ale v podstatně menší míře, než je tomu u žen. Udává se, že chlapci a muži tvoří 5-10% z celkového počtu nemocných (Benešová & Mičová, 2003).

Charakteristické pro poruchy příjmu potravy jsou poruchy myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Můžeme mluvit o neustálém zabývání se jídlem na úkor sociálních aktivit a neustálé naléhavé kontrolování výživy. Onemocnění se často vyskytuje zejména u dospívajících dívek. Na jeho rozvoji se spolupodílejí mechanismy biologické, psychologické a také sociokulturní (Babiaková & Markov, 2006).

Podle Krcha (2007) tyto obtíže zasahují do utváření osobnosti daného jedince, jelikož jsou poruchy příjmu potravy typické pro období dospívání, a nezanedbatelně ovlivňují jeho pracovní a také sociální dovednosti.

Přes zdánlivou podobnost dvou základních poruch příjmu potravy, mentální anorexie a bulimie, můžeme vidět patrné rozdíly ve stravovacích návycích, jak uvádí tabulka č. 1 (Krch, 2008, s. 23).

Tabulka č. 1: Srovnání mentální anorexie a mentální bulimie

Srovnání anorexie a bulimie		
	Mentální anorexie	Mentální bulimie
Pokles hmotnosti	Výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	Mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
Amenorea	60-100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10-30 %
Navozené zvracení	15-30 %	75-90 %
Sebekontrola	Vystupňovaná	Oslabená
Jídelní chování	Pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	Spíše rychlé jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
Počátek obtíží	13-20 rok, výjimečně později	14-30 rok, výjimečně dříve
Pohlaví nemocných Ženy : muži	(10-15):1	20:1
Výskyt v rizikové populaci (ženy 15-30 let)	0,5-0,8%	2,5-6%
Deprese	10-60%	20-90%
Užívání alkoholu	Výjimečně	Často
Významné zlepšení	20-75%	60-85%
Náhled chorobnosti	Minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	Výrazný v případě přejídání, nízký v případě diet
Motivace k léčbě	Z donucení obtížemi nebo okolím	Snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

2.1.2. Mentální anorexie

Mentální anorexii (MA) můžeme charakterizovat jako vážnou nemoc, poruchu, s úmyslným snižováním tělesné hodnoty. Dívky trpící anorexií neodmítají jídlo z důvodu, že by neměly chuť, ony nechtějí jíst. Následné nechutenství či snížení chutě na jídlo jsou obvykle důsledkem předešlého hladovění (Krch, 2010).

„Nemocní s anorexií neodmítají jídlo proto, že by neměli chuť, ale proto, že nechtějí jíst, i když to někdy popírají a uvádí různé důvody, proč jíst nemohou. V poslední době stále častěji argumentují tím, že chtějí být zdraví nebo výkonní. Omezování se v jídle je často doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří a vykrmují ostatní). Podobně nekritičtí jako k velikosti porcí a skladbě jídelníčku jsou i ke svému tělu, jeho proporcím a tělesnému výkonu“ (Krch, 2007, s. 322).

Dle Krcha (2007) je typické zvláště cílené a aktivní snižování váhy a to buď ve smyslu snížení energetického příjmu anebo zvýšením energetického výdeje.

Jejich úsilí zhubnout se liší od lidí držících hladovku, neboť ti začínají znovu jíst poté, co dosáhnou svého cíle. Pro dívky postižené mentální anorexií se odmítání potravy a snižování váhy stává životní cestou (Papežová, 2000).

2.1.2.1. Diagnostická kritéria

Diagnostická kritéria mentální anorexie podle MKN-10 (F 50.0)

- a. Tělesná váha je dlouhodoběji nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo Quetelův index hmotnosti těla (body mass index): BMI váha (kg)/výška (m)² je 17, 5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- b. Pacientka si snižuje váhu z vlastní vůle dietami, vyprovokovaným zvracením a užíváním diuretik, anorektik, laxativ či nadměrným cvičením.
- c. Specifická psychopatologie se vyznačuje přetrvávajícím strachem z tloušťky při výrazné podvaze, zkreslenou představou o vlastním těle a vtíravými, ovládacími myšlenkami na udržení podváhy.

d. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen se objevuje amenorea (dnes je často krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí), u mužů ztráta sexuálního zájmu.

e. Začne-li před pubertou, je zpožděna anebo zcela zastaven růst a vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení následně dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale první menstruace může být opožděna (Papežová, 2010).

V DSM-IV je anorexie rozdělena na restriktivní a purgativní typ (se zvracením a jinými patologickými mechanizmy snižování váhy) (Papežová, 2010).

BMI samozřejmě není zcela přesné a absolutně platné. Musí se brát v potaz individuální proporce, rozdíl mezi hustotou svalové a tukové hmoty.

Krch (2010) ve své knize uvádí, že u dětí do 15 let je spíše než samotné BMI, důležitější hmotnostní přírůstek. To, že v takto mladém věku mají BMI menší než 17,5 neznamena, že trpí anorexií. Není ale normální, aby v 15 letech vážili jako ve 12 letech. Samozřejmě s výjimkou dětí, které dříve trpěly reálnou nadváhou a přiměřeně a zdravým způsobem zhubly.

2.1.2.2. Typy mentální anorexie

Mentální anorexie má dvě formy:

1. restriktivní, pro kterou je typické významné omezení příjmu potravy, v extrémní podobě jde o těžké hladovění, někdy dokonce omezování příjmu tekutin. Součástí symptomatologie bývá i přemrštěné cvičení, které mívá podobu rituálu.
2. bulimický subtyp (smíšený typ), kdy je charakteristické omezování jídla občas doplněné určitým příjmem potravy, avšak vzápětí kompenzováno zvracením, popřípadě použitím laxativ či diuretik. Energetický příjem také může být kompenzován nadměrným cvičením (Stárková, 2005).

Z tohoto rozdělení můžeme uvažovat, že mezi mentální anorexií a mentální bulimií nemusí být vždy markantní rozdíl a jasné hranice.

Rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií je často nezřetelný. Jednotlivé formy onemocněné mohou často přecházet jedna v druhou. Někdy se můžeme setkat také u anorexie s udržováním podváhy zvracením (Papežová, 2003).

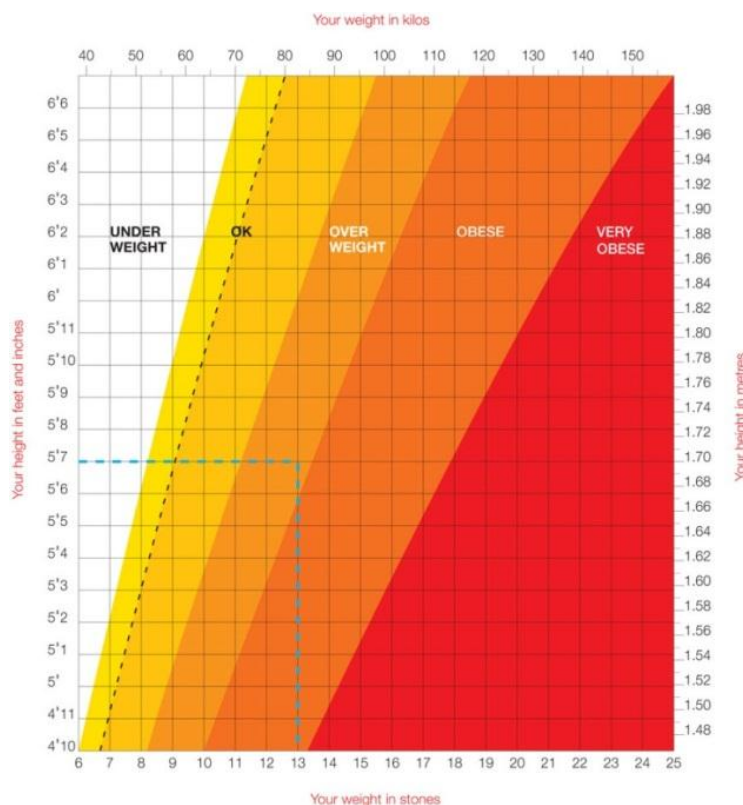
2.1.2.3. BMI – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

Index tělesné hmotnosti může být jedním z diagnostických kritérií při mentální anorexii. Podle hodnoty BMI můžeme v tabulce hodnot (obrázek č. 1) velmi jednoduše určit, zdali se jedinec nachází v pásmu podvýživy, normální váhy, nadváhy, obezity anebo těžké obezity (Grofová, 2007).

$$BMI (kg/m^2) = \frac{hmotnost (kg)}{(výška (m))^2}$$

Normální hodnoty BMI se pohybují v rozmezí od 19 do 25. U hodnot vyšších než 30 už hovoříme o obezitě. Hranice podváhy je stanovena na 18,5 a pro diagnostiku mentální anorexie je klíčové číslo 17,5. Často je BMI u pacientek dokonce ještě nižší (Krch, 2008).

Obrázek č. 1: Tabulka hodnot BMI



(Zdroj: <http://nudgefitness.com>, 2012)

2.1.3. Mentální bulimie

Mentální bulimii (MB) můžeme popsat jako poruchu, které je charakteristická zejména opakujícími se záchvaty přejídání, které jsou spojené s přemrštěnou kontrolou váhy (Krch, 2010).

Dle Markové, Venglářové a Babiakové (2006) je začátek tohoto onemocnění obvykle v období pozdní adolescence. Ti, co trpí tímto onemocněním, nemají anorexii a nejsou nápadně vyhublí. Typické jsou v malých intervalech se opakující konzumace velkého množství jídla. Další nápadné příznaky jsou snahy snížit tělesnou hmotnost drastickými dietami, zvracením a užíváním diuretik a projímadel. Nemocní trpící tímto onemocněním si uvědomují abnormálnost svého způsobu příjmu potravy, mají obavy, že nebudou dostatečně silní na to, aby zastavili konzumaci jídla. Po přesycení se u nich často objevuje depresivní nálada a sebe-odsuzování. Charakteristické jsou také opakované výkyvy hmotnosti v krátkém časovém období.

„Mentální bulimie začíná později a často se z AN vyvíjí“ (Papežová, 2010, s. 127).

2.1.3.1. Diagnostická kritéria mentální bulimie

Diagnostická kritéria mentální bulimie podle MKN-10 (F 50.2)

- a. Stálé zaobírání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkého množství jídla během krátké doby.
- b. Snaha utlumit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyvolaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulinovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy mentální bulimie se mohou střídát.
- c. Specifickou psychopatologií je chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než optimální váha (Papežová, 2010).

Podle DSM-IV je k naplnění kritérií BN frekvence záchvatů přejídání a zvracení vyžadována 3x do týdne (Papežová, 2010).

Krch (2008) uvádí, že s přibývajícím výskytem poruch příjmu potravy přibývají také atypičtí klienti, kteří nesplňují všechna diagnostická kritéria. I tyto netypické případy mohou mít stejně tak závažné psychické i zdravotní potíže.

2.1.3.2. Typy mentální bulimie

Mentální bulimie má dvě specifické formy:

1. purgativní typ, který je provázen pravidelným zvracením, zneužíváním laxativ nebo diuretik
2. nepurgativní typ, kdy jsou využívány přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, neobjevují se však pravidelné purgativní metody (Krch, 1999).

2.1.3.3. Přejídání

V běžném životě je přejídání něčím, čemu se nedá zcela vyhnout. Nenormální jsou však dobrovolné hladovky a „násilně“ navozené zvracení. Nemocní trpící mentální bulimií často za přejídání pokládají cokoli, co si v pomyslném jídelním plánu nepovolili. Za přejedení mohou pokládat například každé teplé anebo vydatnější jídlo, nebo také jídlo, které si sami nepřipravili. Pocit běžného nasycení často nahrazuje pocit přejedení (Krch, 2008).

„Záchvaty přejídání „binges“ jsou charakterizovány konzumací velkého množství kalorické stravy v krátkém čase. Nejsou projevem slabé vůle, ale výsledkem souhry fyziologických (hladovění a snížení příjmu potravy vede organismus k regulačním mechanismům k obnovení energetické rovnováhy) a psychologických mechanismů (nuda, stres, osamělost, pocit prázdnoty)“ (Papežová 2003, s. 38).

Pocit ztráty kontroly nad jídlem je klíčový. Množství, které může být při bulimickém přejídání sněдено, není až tak podstatné. Některé pacientky dokážou sníst velké množství jídla, některé pouze o něco větší množství, než původně zamýšlely (Cooper, 1995).

Obvykle se kalorická hodnota potravin snědených v záchvatu pohybuje v rozmezí od 1000 až do 3000 kcal. Některé bulimičky ale dokážou spořádat potraviny s hodnotou až 20 000 kcal a nevyhýbají se ani potravinám, jako je třeba máslo.

Často může na počátku přejídání být vegetariánská strava anebo konzumace většího množství ovoce. S vědomím toho, že ovoce a zelenina má převážně nízkou energetickou hodnotu odpadá omezování se co do množství. Postupně tak může dojít k roztáhnutí žaludku, který si posléze žádá svoje opětovné zaplnění (Krch, 2003).

Udává se, že bulimičky během záchvatu jedí dvakrát rychleji, než ženy bez této poruchy. Velmi problematickou částí dne bývá zejména večer, kdy jsou unavené a hladové po celém dni. Příjemné pocity, které se v prvních chvílích objevují, ale velmi rychle vystřídají pocity znechucení, hanby a zklamání ze sebe sama. Svě záchvaty proto důsledně tají a jedí o samotě. Frekvence záchvatů přejídání se pak u každé z bulimiček liší (Cooper, 1995).

2.1.4. Psychogenní přejídání

Psychogennímu přejídání je věnována pozornost v posledních letech. Mnohdy se podílí na vzrůstajícím problému obezity v populaci. Pacient se bez ustání zabývá jídlem. Charakteristické je bažení po jídle jako u bulimických pacientů s pocitem ztráty kontroly (Papežová, 2010).

Diagnostická kritéria psychogenního přejídání podle MKN 10

- a. Neustálé zabývání se jídlem, nepřekonatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkého množství jídla během krátké doby.
- b. Bez purgativní symptomatiky, která je uvedena u bulimia nervosa v b.
- c. Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálné, ve smyslu nižší než zdravé a optimální, váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací (Papežová, 2010).

2.1.5. Noční přejídání

Noční přejídání bylo popsáno roku 1955 Stunkardem u pacientů, kteří trpěli obezitou. V roce 1990 se noční pití a přejídání přesunulo jako zcela samostatný problém do klasifikace poruch spánku (Papežová, 2003).

Diagnostická kritéria syndromu nočního přejídání podle MKN 10

Denní jídelní režim s příznačným nárůstem příjmu potravy večer a/nebo v noci, který se projevuje:

- a. nejméně 25 % konzumace je po večeři,
- b. nejméně 2 probuzení s konzumací jídla během jednoho týdne (Papežová, 2010).

2.2. Rizika vzniku poruch příjmu potravy

Existuje celá řada teorií a hypotéz, které pojednávají o možných příčinách vzniku a následného rozvoje poruch příjmu potravy. Tak jako se liší tyto teorie, liší se také terapeutické přístupy v léčbě a mnozí autoři se ve svém pojetí neshodnou. V současné době je však převážnou většinou odborníků přijímán názor o bio-psycho-sociální podmíněnosti vzniku těchto chorob (Sladká-Ševčíková, 2012).

Bio-psycho-sociální koncept vzniku nemoci klade důraz na koexistenci faktorů biologických, psychologických a sociálních od těch rodinných až po kulturní (Krch, 1999).

Psychologové často kladou důraz na fakt, že příčiny těchto nemocí jsou skutečně pouze psychologické a vztahují se ke změně dívky v ženu. Jsou podle nich projevem nedostatečné schopnosti vyrovnat se s novými sociálními a sexuálními potřebami, které s sebou nese dospívání a vstup do dospělosti. Přesto, že můžeme obecné příčiny hledat někde v této rovině, jsou pro rozvoj mentální anorexie nebo bulimie nutné také další faktory, zejména pak biologické predispozice jedince. V pozadí „individuální křehkosti“, tedy biologické vulnerability, se nachází dysregulace a dysfunkce neurotransmiterových systémů (Stárková, 2005).

Podle profesorky Hany Papežové (2003) mají na vznik a trvání onemocnění vliv také určité charakterové vlastnosti.

Mezi ně patří:

1. Perfekcionismus, tedy touha po dokonalosti. Dívky si vytyčují často nesplnitelné cíle a s jejich neúspěchem sebevědomí klesá a připadají i neúspěšné.
2. Úzkostnost, ke které vedou nejisté situace, nutnost rozhodnout se, zvýšené nároky a očekávání.

3. Puritánství a asketismus, kdy se dívky snaží překonat vlastní potřeby, včetně jídla. Dívky mají nějaký problém, s kterým se nedokáží vyrovnat a trestají se za to. Mají pocit, že jsou špatné, že se s tím nedokáží vyrovnat.
4. Zranitelnost. Dívky jsou nejisté a tak se snaží zalíbit alespoň ostatním.
5. Závislost, jako výrazná potřeba vedení a potvrzování či ujišťování od ostatních.
6. Sebekritičnost, kdy se dívky vnímají jako bezmocné a neschopné s potřebou podpory a ubezpečování od ostatních.
7. Nestálost, kdy kontrola nad jídlem supluje kontrolu nad nestabilními instinkty a radostmi dívek.
8. Impulzivita je typická zejména pro bulimii a psychogenní přejídání. U nemocných se častěji vyskytují problémy s alkoholem, drogami a někdy také promiskuitou a hráčstvím.

Biologické faktory zahrnují stále neznámou genetickou vlohu pro hormonální nerovnováhu.

Psychologické faktory popisují nedostatečnou identifikaci s ženskou rolí, dospělostí a současně odpor vůči autoritě rodičů a mnohá další prožitá psychická traumata a vnitřní „bolesti“, s nimiž se postižený jedinec nedokáže vyrovnat.

Sociální faktory se týkají zejména špatného hodnocení obezity ve společnosti na jedné straně a na druhé straně umělého vytváření ideálu krásy modelingovým a reklamním světem (Sladká-Ševčíková, 2012).

Krch (1999) mezi tyto faktory řadí následující:

- biologické faktory
- osobnost a psychologické faktory
- rodinné okolnosti a genetické faktory
- emocionální faktory
- sociokulturní faktory
- životní události

2.2.1. Biologické faktory vzniku poruch příjmu potravy

Krch (1999) ve svém díle uvádí jako obecné biologické faktory ženské pohlaví, předčasnou fyzickou zralost, tělesnou hmotnost a zvýšené ukládání tuku na kritických partiích těla a v neposlední řadě menstruační cyklus, kde dává do souvislosti fáze cyklu se symptomy bulimie.

V západní společnosti se ženy zabývají svou postavou častěji než muži a zejména změny postavy a přibírání na váze v období puberty je vnímáno odlišně.

„Stačí být ženou a riziko vzniku poruch příjmu potravy je mnohonásobně vyšší“ (Krch, 2008, s. 44).

S rostoucí hmotností, nabývajících ženskými tvary a přibývajícím tukem se jejich spokojenost s vlastním tělem podstatně snižuje (Krch, 1999).

Nespokojenost s vlastním tělem spolu s dostatečným odhodláním vede k rozhodnutí s tím něco udělat.

Redukční dieta se ukazuje jako něco, co stojí na počátku jejich problémů s jídlem. Redukční diety až osmkrát zvyšují riziko vzniku poruch příjmu potravy. Zhruba třicet procent redukčních diet se stává během jednoho až dvou let tím, co se nazývá jako patologická dieta. Následně u dvaceti až třiceti procent těchto patologických dietárek dojde k rozvoji poruchy příjmu potravy (Krch, 2008).

Puberta a adolescence jsou pro člověka velmi náročná vývojová období, dívky se často podceňují a mají nízké sebevědomí. Riziko těchto období může pramenit v negativních emocích. Dívky jsou úzkostné, mají nestálé nálady, jsou podrážděné a nespokojené. Tato nespokojenost může vyústit ve snahu zlepšit svůj vzhled a to pomocí redukčních diet (Krch, 1999).

K rozvoji poruch příjmu potravy dochází ale také i v dospělém věku (Krch, 1999).

„Příčiny návykových poruch postoje k jídlu nemusí bezpodmínečně zasahovat až do dětství, může se na nich podílet pozdější průběh života. I v tomto případě však stojí často v pozadí nepříznivé vlivy v dětství, které sice samy o sobě nezpůsobily poruchy chování, ale vytvořily předpoklady k tomu, že jiné příčiny dokázaly chorobnou závislost vyvolat“ (Leibold, 1995, s. 22).

Biologicky podmíněná teorie vzniku mentální anorexie pochází od Russela z roku 1977. Ta předpokládá dysfunkci hypotalamu neznámé etiologie. Je ale důležité

neopomenout s ohledem na vysokou citlivost hypotalamu psychický faktor, například stresový, jako primární (Hajný, 1999).

Vodáčková a kol. (2002) uvádí, že hladovění anebo přejídání může měnit mechanismy v mozku tak, že způsobuje pocity zklidnění a euforie, a potlačí tak úzkostné a depresivní pocity. Jezení anebo odmítání jídla pak slouží k sebemedikaci a prostřednictvím toho dívky mohou potlačovat nepříjemné emoční stavy. Není vyloučené, že u osob, které trpí poruchami příjmu potravy je již primárně změněn mozkový chemismus, který řídí pocity hladu a sytosti v mozku.

2.2.2. Psychologické faktory vzniku poruch příjmu potravy

Psychologické faktory, které se jeví jako rizikové pro vznik poruchy příjmu potravy, se týkají především osobnostních rysů, regulace afektů, způsobu kognitivního zpracování informací a následných reakcí. Jsou znatelné odlišné osobnostní charakteristiky u pacientek s mentální anorexií a mentální bulimií. Anorektičky bývají spíše úzkostné, perfekcionistky, zaměřené na výkon a s emocionálními zábranami. Proti tomu pro bulimičky je typická impulzivita, jsou emocionálně labilní, mají sklon k depresím a sebepoškozování (Sladká-Ševčíková, 2003).

Jejich identita je opřena o úspěch a podávání dobrých výkonů, jakékoli pochybení či kritika okolí je pro ně zničující.

Psychologická literatura je plná výčtu faktorů, které mohou mít spojitost se vznikem poruch příjmu potravy. Často se odvíjí od charakteristických rysů těch dívek a žen. Nutkavé hubnutí může být snahou o převzetí moci a kontroly nad změnami, které přicházejí bez jakékoli možnosti je změnit či ovlivnit.

V období adolescence, kdy vnitřní a vnější svět dospívajícího je neuspořádaný, nestabilní a neklidný, se vlastní tělo a jídlo stává jedinými skutečnostmi, které lze kontrolovat a hlídat. Pozornost upřená na váhu a diety pak zakryje ostatní problémy a potlačí emoce s nimi spojené (Vodáčková a kol., 2002).

2.2.3. Rodinné a genetické faktory vzniku poruch příjmu potravy

Přijetí vlastního těla a spolu s nimi také poruchy, které souvisejí s jeho nesprávným vnímáním, jsou podle psycholožky Trapkové ovlivňovány rodinným prostředím (Trapková & Chvála, 2004).

V rodinách patientek trpících mentální bulimií můžeme často najít vliv nesprávných anebo chaotických jídelních návyků. Někteří z rodiny nedodržují lékařem doporučené diety kvůli zdravotním omezením, někteří se přejídají, zajídají stres, opakovaně drží diety či trpí anebo v minulosti trpěli poruchou příjmu potravy. Častěji také narazíme na depresivní problémy a závislosti či zážitky z dětství, které mohly pacientku zraňovat (Papežová, 2003).

„Výskyt anorexie mezi sourozenci nemocných je uváděn v rozmezí 3-20%. Mezi matkami anorektiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou vyskytovat ještě častěji. Mnoho dietujících dívek uvádí, že ve stejnou dobu jako ony držela dietu i jejich matka“ (Krch, 2010, s. 57).

V současnosti se ve smyslu vlivu rodiny na vznik poruch příjmu potravy myslí spíše styl, jakým se v rodině komunikuje, než osobnostní charakteristiky rodičů či dalších členů rodiny. Kromě obsahu komunikace (štíhlost, diety, změna stravovacích návyků, obezita) jde také o formální způsob komunikace.

Rodiny anorektiček jsou spíše uzavřené, rigidní rodiny, které kladou důraz na perfekcionismus a výkon. V rodinách bulimických patientek můžeme pozorovat dezorganizaci a nedostatečnou péči a starost o děti. Specifický problém představuje téma sexuálního zneužití v rodině, které je spojeno především se vznikem bulimie (Sladká-Ševčíková, 2003).

Tyto a podobné výklady lze ale těžko prokázat jako obecně platné. Není zcela jasné, zda osobnostní rysy anebo rodinná struktura představuje příčiny následných problémů s jídlem anebo zda jsou to příznaky, které zpětně mohou ovlivnit osobnostní charakteristiky a následně vztahový rámec (Hajný, 1999).

„Dosud nebylo potvrzeno, že by existovala nějaká typická anorektická nebo bulimická rodina“ (Krch, 2000, s. 26).

„Podle literatury tvoří genetický podíl 50-90% při vzniku anorexie a 35-83% u bulimia nervosa. U geneticky zranitelnějších lidí může rodinná dispozice spočívat

v dědění některých povahových rysů (například úzkostných, citlivých na stres), které jsou pro vznik onemocnění rizikové. Příbuzné ženského pohlaví jsou v největším riziku“ (Papežová, 2003, s. 21).

2.2.4. Emocionální faktory

U pacientek s tímto onemocněním se často vyskytují depresivní a úzkostné pocity, ty mohou být spojeny s obavami o udržení nízké hmotnosti a štíhlé postavy. V průběhu poruch příjmu potravy se deprese zhoršuje v návaznosti na pocity selhání a nedostačující kontroly. Někteří odborníci nesouhlasí a prohlašují, že deprese je až důsledkem nemoci, způsobená například nedostatečným příjmem všech pro tělo důležitých živin (Claude- Pierre, 2001).

Depresivní nálady mohou být buďto skrytou příčinou poruch příjmu potravy anebo také jejich důsledkem (Krch, 1999).

2.2.5. Sociokulturní faktory

V dnešní době je na ženu vyvíjen vysoký tlak a to nejen na poli očekávání skloubení profesní kariéry a plnohodnotného rodinného života, ale také v neustálé iracionální oslavě fyzické krásy a štíhlosti v médiích. Dobře viditelné je to na příkladu Japonska, Hongkongu či Izraele, kde se po druhé světové válce snažily co nejrychleji přizpůsobit životnímu stylu ze západu. U žen, které se úspěšně ztotožňovaly se západním ideálem krásy, se nárazově výrazně zvýšilo procento nemocných mentální anorexií (Hajný, 1999).

„Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisejí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována malá pozornost“ (Krch, 2008, s. 51).

Médii podtrhávaný ideál postavy výrazně zesiluje pozornost lidí. Štíhlá až vyhublá ženská postava se stala synonymem dokonalosti, štěstí a úspěchu. Není proto divu, že je přáním dospívajících i dospělých žen (Hajný, 1999).

Ženy jsou vystaveny tlaku na dodržování diet a kontrolování ideální váhy. Média nešetří různými recepty a prostředky na hubnutí, které jsou velmi často neúčinné, ale vzbuzují v ženách dojem, že zhubnout je stejně snadné jako změnit si barvu vlasů.

Zajímavé je, že přestože ideál ženské krásy spíše hubne, lidé žijící v ekonomicky rozvinutých zemích světa spíše tloustnou. Ve světě, kde hladovění není dobrovolnou volbou, jako spíše běžnou záležitostí, ztrácejí poruchy příjmu potravy smysl. Poruchy příjmu potravy jsou tedy mimo jiné důsledkem vlivu sociokulturních faktorů (Krch, 2008).

Poruchy příjmu potravy se bez přestání mění a vyvíjí. Nesporná je jejich kulturní a sociální podmíněnost (Krch, 1999).

2.2.6. Životní události

„Různé životní situace a události jsou často považovány za významné, predisponující nebo spouštěcí faktory poruch příjmu potravy” (Krch, 1999, s. 64).

U bulimiček mohou být první epizody s přejedením a následným zvracením spojovány s konkrétními stresovými událostmi (Cohn & Hall, 2003).

Příčinou může být sexuální zneužívání. Přímý vztah mezi pohlavním zneužitím a následným rozvojem poruchy příjmu potravy však nebyl dosud prokázán. Srovnáme-li běžnou populaci žen s ženami s poruchami příjmu potravy, bývá poměr pohlavního zneužití u pacientek s ppp vyšší. Těžká životní zkušenost může být spouštěčem poruch příjmu potravy, ale také nemusí (Krch, 1999).

Závažné životní události, ale někdy také přílišný úspěch, se kterým si jedinec neví rady, mohou spouštět poruchy příjmu potravy, ale také mnoho dalších psychických obtíží. Jak je vyznačeno v tabulce č. 2, lze je sestavit do stupnice v závislosti na obtížnosti (Papežová, 2003, s. 24).

Tabulka č. 2: Seznam stresujících událostí – Holmes Rahova stupnice (zkrácená)

Životní událost	Body rizika	Životní událost	Body rizika
Úmrtí partnera	100	Změny finanční situace	38
Rozvod	73	Více hádek s partnerem	35
Uvěznění	63	Změna pracovní náplně	29
Úmrtí blízkého člena rodiny	63	Syn a dcera opouští domov	29
Sňatek	50	Neshody s příbuznými partnera	29
Propuštění z práce	47	Vynikající osobní úspěch	28
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44	Změna životních podmínek	25
Těhotenství	40	Neshody s vedoucím	23
Problémy v sexuálním životě	39	Změna pracovních podmínek, školy, bydliště	20
Nový člen rodiny	39	Změna volného času, náboženských aktivit	19
Změny v zaměstnání	38	Změna stravovacích návyků	15

3. Komorbidita

3.1. Vymezení pojmu

Pro pochopení významu slova komorbidita je třeba vysvětlit pojmy duální diagnóza a komorbidita, které se často používají jako synonyma.

Duální diagnóza představuje současný výskyt syndromu závislosti a další duševní poruchy (Jeřábek, 2008).

Psychiatrickou komorbiditou podle světové zdravotnické organizace (WHO, 2004) rozumíme výskyt dvou či více psychických poruch u jednoho jedince.

Psychiatrická komorbidita se řadí mezi obtížná adiktologická témata. To zejména pro velké požadavky na zkušenosti a znalosti psychologické a psychiatrické diagnostiky.

Zanedbaná diagnostika v podobně špatně diagnostikovaného anebo vůbec nediodnostikovaného onemocnění anebo poruchy, které se přidružují k základní diagnóze, může podstatně snížit efekt léčebného procesu. Při špatně určené etiologii může být léčebný proces špatně nastaven a tím pádem vést k neúspěchu, ztrátě motivace léčeného pacienta, popřípadě i k jeho poškození. Příkladem je situace, kdy není rozpoznáno, že na neléčenou depresivní poruchu nasedá závislost na alkoholu, a není tomu naopak (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

3.2. Vztah duševní poruchy a návykové nemoci

Duševní choroba > návyková choroba

Závislost na návykové látce se vyskytla u klienta, který už dříve trpěl jinou duševní poruchou. Výskyt návykových problémů je u mnoha duševních poruch častější než v běžné populaci. To se týká například poruch příjmu potravy (častěji u žen).

Návyková choroba > duševní choroba

Duševní choroba se projevila u jedince, který již návykové látky zneužíval anebo na nich byl závislý (Nešpor, 2003).

Práce s jevem psychiatrické komorbidity je velice důležitým faktorem při stanovení léčebného plánu a pro výsledný efekt léčby (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

U onemocnění s výrazným podílem komorbidní problematiky (například závislost na návykových látkách) je nutné léčbu stanovovat individuálně (Papežová, 2010).

Komorbidita poruch příjmu potravy s psychiatrickými poruchami (poruchy osobnosti, závislost na alkoholu) se vyskytuje často (25-60%) a negativně ovlivňuje průběh i prognózu (Papežová, 2010).

Tims a kolektiv (Miovská, Miovský & Kalina, 2008, s. 79) uvádí nejčastější psychiatrické poruchy u drogově závislých.

Tabulka č. 3: Nejčastější psychiatrické poruchy u drogově závislých

Diagnostická skupina	Četnost* (% klientů)
Organické mozkové syndromy	3
Schizofrenní poruchy	3
Obsedantně kompulzivní poruchy	6
Gambling	6
Zneužívání léků	13
Anorexie a bulimie	15
Fobie	28
Afektivní poruchy (zejména deprese různého stupně)	29
Generalizovaná úzkost	34
Zneužívání alkoholu	39
Psychosexuální dysfunce	40
Poruchy osobnosti	44

* Součet je vyšší než 100%, neboť poruchy se mohou kumulovat.

Obecně lze tvrdit, že většina duševních problémů zvyšuje možnost problémů s návykovými látkami a komplikuje jejich prevenci a léčbu. Mezi časté kombinace poruch, s kterými se běžně v praxi setkáváme, patří poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie) a závislost na alkoholu anebo drogách. Výskyt je častější u žen (Nešpor, 2003).

Nejsilnější vztah k alkoholu byl zjištěn u žen trpících mentální bulimií. Také u pacientek trpících záchvatovitým přejídáním a nespecifickou poruchou příjmu potravy (Krug et al., 2008).

3.3. Komorbidita poruch příjmu potravy v současných zahraničních studiích

Jedním z hlavních témat, kterým se odborníci ve výzkumech zabývali, bylo, u jakých typů poruch příjmu potravy se užívání, zneužívání anebo závislost na alkoholu vyskytuje nejčastěji.

Luce, Engler a Crowther (2006) předpokládali, že ženy s mentální bulimií budou užívat alkohol častěji, než ženy s Nespecifickou poruchou příjmu potravy (Eating disorder not otherwise specified – EDNOS) a ženy v kontrolní skupině, tedy bez poruchy příjmu potravy, což se také výzkumem potvrdilo. Částečně to ale mohlo být zkresleno velikostí skupiny (16 žen z 383). Současně uvádějí, že ženy se záchvatovitým přejídáním (Binge eating disorder – BED) mají větší víkendovou spotřebu alkoholu. Kromě nerovnoměrnosti jednotlivých skupin poruch příjmu potravy spočívají úskalí studie také v tom, že rozřazování do skupin proběhlo na základě vyplňování sebe-posuzovacího dotazníku namísto diagnostického rozhovoru s odborníkem.

Prevalence kouření a užívání drog byla větší u pacientů s poruchami příjmu potravy než v kontrolní skupině, kterou tvořila menší polovina výzkumného souboru (n= 1664). Naopak tomu ale bylo u alkoholu. Z žen s poruchami příjmu potravy nejčastěji pijí ty, jež trpí nespecifickou poruchou příjmu potravy a mentální anorexií s epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení (Anorexia nervosa binge-purging – ANBP).

Arias, Hawke, Arias a Keminer (2009) ve své studii naznačují existenci spojitosti mezi užíváním návykových látek a příznaky poruch příjmu potravy. Zejména pak u mentální bulimie a záchvatovitého přejídání. Výsledky studie také potvrzují hypotézu, že mladí lidé s příznaky poruch příjmu potravy vykazují častější užívání alkoholu.

Nejvyšší prevalence užívání alkoholu se vyskytla u žen s celoživotní prevalencí mentální anorexie s epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení (33,5%) a nejnižší

pacientek s restriktivní mentální anorexií (13,7%) ve výzkumu, kde byl celkový vzorek 731 žen. Riziko zneužívání alkoholu je podle výsledků výzkumu vyšší u jedinců, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním při nízké hmotnosti ve srovnání s těmi, kteří trpěli záchvatovitým přejídáním až po znovu dosažení normální váhy (Root et al., 2010).

Oproti tomu Piran a Gadalla (2005) ve své studii realizované na kanadské populaci (n= 36 984) nezjistili, že existuje speciální vztah mezi mentální bulimií a zneužíváním alkoholu. Vztah mezi poruchami příjmu potravy a celoživotní prevalencí závislosti na alkoholu však nepopírají a dodávají, že existuje souvislost mezi frekvencí pití alkoholu a poruchami příjmu potravy. Počet vypitých alkoholických nápojů během minulého týdne byl dle výzkumu spojen s rizikem poruch příjmu potravy u věkových kategorií 15-24 a 25-44 let. S tímto závěrem je ale třeba nakládat opatrně, neboť týden je poměrně krátké období, a tak určité množství vypitého alkoholu v jednom týdnu nemusí mít vypovídající hodnotu o běžném užívání alkoholu.

Dalším zjištěním bylo, že současný výskyt poruchy příjmu potravy u žen, které navštěvují protialkoholní léčbu, je vyšší, než by se dalo očekávat.

Tento výsledek měl dle autorů dva důsledky. První je, že zaměstnanci hodnotící stav mladých pacientek s užíváním alkoholu mají na paměti vysokou prevalenci poruch příjmu potravy u této populace. Druhá je, že je třeba docílit jasnějšího pochopení vztahu mezi užíváním alkoholu a poruchami příjmu potravy. Nicméně ke stanovení reálného výskytu komorbidit jsou nutné podrobné komunitní studie (Peverel & Fairburn, 1990).

Duncan et al. (2005) si ve své studii položili otázku, jestli jsou ženy trpící mentální anorexií a závislostí na alkoholu více podobné bulimickým ženám bez závislosti na alkoholu anebo alkoholičkám bez mentální bulimie.

407 žen, které se účastnily studie, byly rozděleny do tří skupin. Ženy s mentální bulimií a závislostí na alkoholu (n= 30), ženy pouze s mentální bulimií (n= 55) a ženy pouze se závislostí na alkoholu (n= 322). Ukázalo se, že ženy s mentální bulimií i závislostí na alkoholu se více podobají ženám závislým na alkoholu. Nicméně se ukazuje, že ženy s mentální bulimií a závislostí na alkoholu si nesou psychickou zátěž v podobě dalších psychopatologií. Ženy s bulimií i závislostí na alkoholu mají deprese častěji než ženy pouze závislé na alkoholu anebo ženy bulimické, a to i po zohlednění užívání dalších návykových látek, výskytu psychiatrických poruch a demografických proměnných. Tyto ženy mají častěji sebevražedné sklony a častěji se účastní nebezpečného sexu. To podporuje teorii o impulzivité bulimických žen. Sebevražedné sklony se také objevily u

bulimiček bez závislosti na alkoholu, s největší pravděpodobností v návaznosti na impulzivitu.

Ve studii bylo nalezeno více rozdílů mezi bulimickými ženami se závislostí a bulimickými ženami bez závislosti na alkoholu, než bylo pozorováno v předešlých studiích, což lze ale vysvětlit rozdílem ve vzorku a také tím, že tato studie byla zaměřena pouze na alkoholovou závislost. Nicméně je pozoruhodné, že bylo vypořádováno tolik rozdílů mezi bulimičkami s a bez alkoholové závislosti navzdory tomu, že více než polovina žen ze skupiny bez závislosti byla diagnostikována jako zneužívající alkohol.

Ve studii zabývající se vztahem příznaků poruch příjmu potravy v návaznosti na závažnost konzumace alkoholu u dospívajících se ukázalo, že vztah mezi příznaky poruch příjmu potravy a konzumací alkoholu se liší dle pohlaví. 17,2% uvedlo, že váha podstatně ovlivňuje jejich sebehodnocení (Arias, Hawke, Arias & Kaminer, 2009).

Ženy s poruchami příjmu potravy a problémy s alkoholem mají nižší sebe-přijetí, než ženy bez těchto problémů, jak ukázal výzkum z Rumunska, kterého se zúčastnilo 120 žen, z nichž polovina tvořila kontrolní skupinu (Iorgulescu, 2010).

Dietní chování je spojeno se zvýšeným rizikem problémů s alkoholem. Diety pozitivně korelují s konzumací alkoholu a souvisejícími problémy. Stejně tak jako jiné problémové stravovací návyky, které se spolu s užíváním alkoholu ve zvýšené míře prokázaly u vysokoškolských studentů (Heidelberg & Correia, 2009).

Poruchy příjmu potravy a alkohol se vzájemně ovlivňují. Ukázalo se, že jak u mentální anorexie, tak u mentální bulimie výskyt poruchy vyvolané užíváním alkoholu (Alcohol use disorder – AUD) v minulosti anebo v průběhu studie neměl vliv na dobu potřebnou k zotavení se z poruchy příjmu potravy. Na druhou stranu se poruchy vyvolané užíváním alkoholu a užívání drog ukázalo jako významný faktor propuknutí bulimické choroby (Franko et al., 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Použité metody

4.1. Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek

Cílem dotazníkového výzkumu je popsat jaké procento (prevalenci) žen trpících poruchami příjmu potravy užívá alkohol a v jaké míře. Následně uvést, jestli existuje rozdíl mezi jednotlivými poruchami příjmu potravy v intenzitě užívání alkoholu a ženy s jakou poruchou mají větší sklon k užívání alkoholu.

4.1.1. Výzkumné otázky

1. Jak velké procento pacientek s poruchami příjmu potravy v Psychiatrické léčebně Bohnice užívá alkohol?
2. Jaká porucha příjmu potravy má větší předpoklad k užívání alkoholu?

4.2. Metody získávání dat

K výzkumu bylo využito kvantitativní metody prostřednictvím testové baterie složené ze tří dotazníků, kde se první část zabývá problematikou poruch příjmu potravy, druhá část užíváním alkoholu.

4.2.1. Eating Attitude Test (EAT-26)

První část tvoří převzatý, do českého jazyka přeložený, The Eating Attitudes test (EAT- 26), který je upravenou verzí původně 40 otázkového dotazníku EAT-40 publikována v roce 1979. EAT-26 byl publikován Garnerem a jeho kolegy v roce 1982 (Garner & Garfinkel, 1982). V úvodu se nacházejí otázky na základní údaje jako je

věk, výška a dále pak aktuální váha, váha, která je dle nich ideální, a jejich nejvyšší a nejnižší dosažená váha. Eating Attitude Test (Garnerův test jídelních postojů) vypovídá o míře narušení jídelních postojů, jídelního chování a míře narušení vztahu ke svému tělu.

EAT není standardizovaný na českou populaci, byl sestaven pro populace ve Spojených státech amerických, u nás i v zahraničí je však užíván ve studiích patologických forem chování ve vztahu k jídlu a vlastnímu tělu (Blond, Feldman, Lorenz & Whitaker, 2008; Balhara, Mathur, Kataria, 2012; Douka, Grammatopoulou, Skordilis & Koutsouiki, 2009; Goldbloom, Naranjo, Bremner & Hicks, 1992).

Dotazník Eating Attitude Test se vyhodnocuje v celkovém skóre, nebo jej můžeme hodnotit také v rámci tří dílčích škál, jak můžeme vidět v tabulce č. 4 (Allison & Baskin, 2009).

Tabulka č. 4: Jednotlivé škály dotazníku EAT-26

Dietní chování:	1	6	7	10	11	12	14	16	17	22	23	24	25	CELKEM:	
Bulimie a trvalé zaujetí potravou:	3	4	9	18	21	26								CELKEM:	
Orální kontrola:	2	5	8	13	15	19	20								CELKEM:
CELKOVÉ SKÓRE	CELKEM BODŮ:														

Na závěr je otázka na diagnostikovanou poruchu příjmu potravy, kde je na výběr z mentální anorexie, bulimie, záchvatovitého přejídání anebo kombinace více poruch.

4.2.2. CAGE

Druhá část začíná dotazníkem CAGE (Erwing, 1984), který je rozšířeným screeningovým dotazníkem mezi lékaři, ošetřovateli a adiktology. Slouží ke zjištění možného problému závislosti na alkoholu. Jeho název vznikl z počátečních písmen „témat“ obsažených v dotazníku. C (cut) označuje otázku, jestli měl klient někdy

potřebu snížit své pití. A (annoyed) má zodpovědět, zdali jsou lidé v okolí podráždění a kritizují klientovo pití. G (guilt) se dotazuje, zdali se klient cítí kvůli užívání alkoholu provinile a na závěr E (eye-opener) uvádí otázku, jestli klient někdy pil alkohol po ránu, aby se uklidnil anebo zbavil kocoviny.

Bodové rozmezí je 0-4. Dosažení 2 bodů již může znamenat závislostí problém u dotazovaného klienta.

4.2.3. Alcohol Dependence Scale (ADS)

Pokračování druhé části tvoří dotazník škály závislosti na alkoholu (Alcohol dependence scale – ADS) s cílem rychlého vyhodnocení míry závažnosti závislosti na alkoholu podle diagnostických kritérií DSM-IV.

Byl vyvinut na počátku 80. let (1982) Skinnerem a jeho spolupracovníky (Skinner & Horn, 1984a).

Obsahuje 25 otázek, které se vztahují k posledním 12 měsícům života a mapují oblasti alkoholového odvykacího syndromu, narušenou kontrolu nad pitím, uvědomování si, nutkové potřeby pít a zvýšenou toleranci alkoholu.

Dotazník nebyl standardizován na českou populaci.

4.3. Nominace výzkumného souboru

Předpokladem pro zúčastnění se dotazníkového byla hospitalizace s poruchami příjmu potravy v Psychiatrické léčebně Bohnice. Osloveny jsou všechny ženy a dívky starší 18 let splňující tuto podmínku.

4.4. Metody analýzy dat

Po vyhodnocení dotazníků byly pro zhodnocení výsledků provedeny matematické a statistické výpočty v programu Microsoft Excel 2010.

4.5. Průběh výzkumného šetření

Sběr dotazníků probíhal návštěvami oddělení v Psychiatrické léčebně Bohnice v průběhu dvou měsíců, kdy jsem pro větší množství respondentek oddělení navštívila opakovaně a dotazník vyplnily nově hospitalizované ženy. V průběhu vyplňování jsem byla přítomna pro případ zodpovídání jakýchkoli dotazů. Návratnost dotazníků byla 100%.

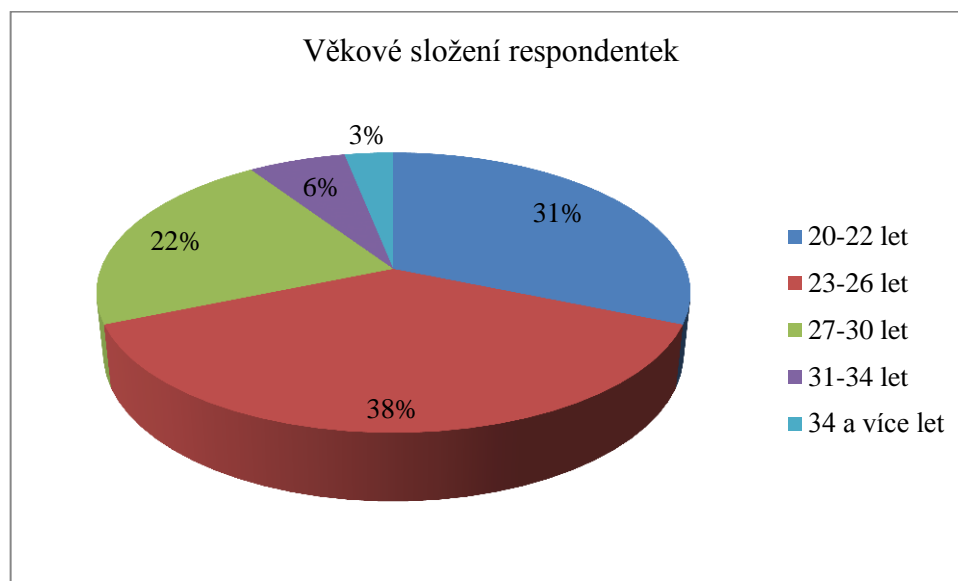
4.6. Výzkumný soubor

Dotazník vyplnilo celkem 33 respondentek. Jeden dotazník musel být následně z výzkumu vyřazen z důvodu nevyplnění všech položek dotazníku. Výsledky tedy budou vycházet z celkového množství 32 dotazníků.

Jak ukazuje graf č. 1., věková hranice respondentek začínala na 20 letech. Nejstarší respondentka uvedla věk 38 let. Nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 23 až 26 let, které tvořily více než třetinu vzorku, poté následovala věková skupiny 20 až 22, která tvořila menší třetinu a skupina 27 až 30 let byla třetí nejpočetnější, tvořící o něco více než pětinu souboru.

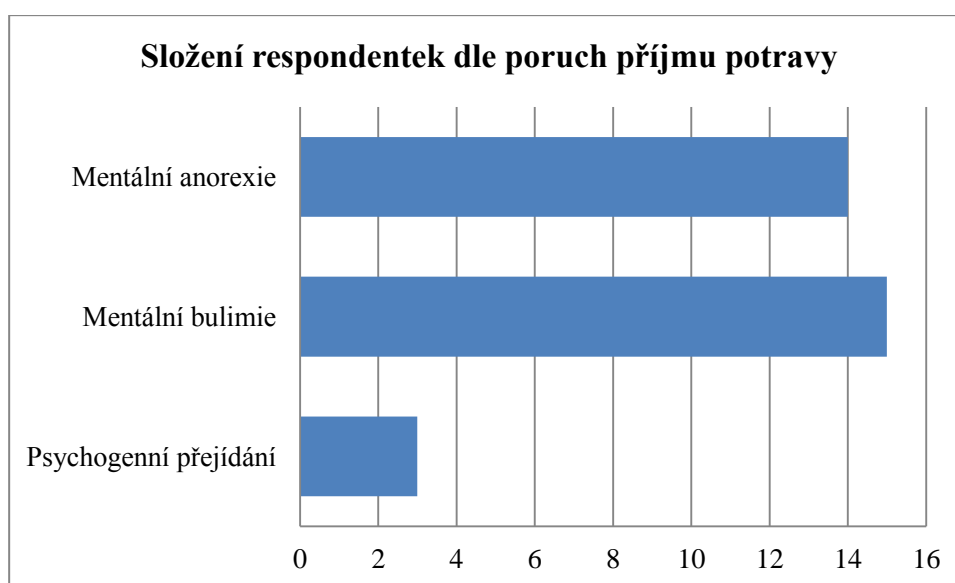
Pět a tedy nejvíce respondentek bylo ve věku 24 let. Věkový průměr dotazovaných žen byl 24,9 s přesností na dvě desetinná místa. Průměrný věk u žen s mentální anorexií byl 24 a půl roku, u žen s mentální bulimií 25 a půl roku a u psychogenního přejídání 24 let.

Graf č. 1: Věkové složení respondentek



V grafu č. 2. Můžeme vidět rozdělení respondentek podle diagnostikované poruchy příjmu potravy, kterou uváděly v první části dotazníků, týkající se poruch příjmu potravy. Nepatrnou většinu oproti mentální bulimii tvoří mentální anorexie (47%), následuje mentální bulimie (44%) a na závěr respondentky s psychogenním přejídáním (9%).

Graf č. 2: Složení respondentek podle diagnostikované poruchy příjmu potravy



5. Etické normy a pravidla výzkumu

Předním předpokladem účasti na dotazníkovém šetření byla dobrovolnost respondentek bez nároku na odměnu. Pacientkám byla přislíbena anonymita, nikde nebylo vyplňováno jméno, ani jiné údaje, které by pomohly k jejich identifikaci. U vyplňování dotazníků jsem byla přítomna a zodpovídala případné dotazy bez nahlížení do jednotlivých dotazníků.

6. Výsledky výzkumu

K testování stravovacích návyků respondentek byl použit Garnerův Eating Attitude Test, ve verzi s 26 otázkami (Garner & Garfinkel, 1982). V testu se hodnotilo celkové skóre (tabulka č. 9) a také 3 dílčí skóre: dietní chování, bulimie a trvalé zaujetí potravou (sklon k záchvatovitému přejídání) a orální kontrola (vědomá kontrola příjmu potravy).

Tabulka č. 5 popisující výskyt sklonu k dietám mezi respondentkami udává 100% sklon k dietám, s tím, že nejnižší dosažené skóre bylo 5 a nejvyšší 27 z možných 39 bodů. Všechny respondentky tedy vykazovaly vysokou míru dietního chování.

Tabulka č. 5: Rozdělení do tříd – sklon k dietám

Skóre	Rozdělení do tříd	Četnost (%)
0-1	mírný sklon k dietám	0
2-4	střední sklon k dietám	0
5 a víc	velký sklon k dietám	100

Při rozdělení respondentek do skupin podle poruchy příjmu potravy, s kterou jsou hospitalizované, se dozvídáme, že nejvíce žen dosahovalo skóre od 10 do 19 (tabulka č. 6). Do poslední kategorie s maximálním počtem bodů nespádala žádná z respondentek.

Dietní chování u mentální anorexie se ukázalo jako velmi časté ve větší míře. Žádná z žen s mentální anorexií nedosahovala skóre nižšího než 11 a téměř 43% se nacházelo ve třetí kategorii. Naopak tomu bylo u mentální bulimie, kde se do třetí kategorie s bodovým hodnocením 20-29 řadilo pouze 14,3 %, zatímco do druhé skupiny 57,1% a do první s nejmenším skóre 28,6%. U žen se záchvatovitým přejídáním se bodové skóre pohybovalo od 5 do 15.

Tabulka č. 6: Rozdělení do tříd – sklon k dietám v závislosti na poruše příjmu potravy

	I. 0-9	II. 10-19	III. 20-29	IV. 30-39	Celkový počet
Mentální anorexie	-	8	6	-	14
Mentální bulimie	4	8	2	-	14
Záchvatovité přejídání	2	2	-	-	4
Celkový počet	6	18	8	-	32

Sklon k orální kontrole nebyl jednoznačný, jako tomu bylo u sklonu k dietám, který jsme ve vysoké míře mohli pozorovat u všech respondentek. V tabulce č. 7. pozorujeme, že malé riziko sklonu k orální kontrole je téměř u třetiny respondentek. Bez výjimky se žádná až nízká míra orální kontroly vyskytuje u žen s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. Střední riziko je prakticky u pětiny žen, z nichž jsou s výjimkou jedné respondentky s mentální anorexií všechny postižené mentální bulimií. V poslední kategorii je více než polovina pacientek, které vykazují zvýšené riziko výskytu orální kontroly. Převážná většina (76,5%) jsou ženy s mentální anorexií, pro něž je orální kontrola typická. S nižším bodovým skórem se okrajově vyskytovaly také ženy s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. Nejvyšší dosažené skóre bylo 15 bodů z maximálního počtu 21, u žen s mentální anorexií.

Tabulka č. 7: Rozdělení do tříd – sklon k orální kontrole

Skóre	Rozdělení do tříd	Četnost (%)
0-1	malé riziko	28,7
2-3	střední riziko	18,7
4 a víc	vysoké riziko	53,1

Poslední třídu tvoří sklon k bulimickému chování a trvalému zaujetí potravou (tabulka č. 8). Žádná z respondentek nevykazovala pouze mírné riziko bulimického chování. Střední riziko se vyskytovalo pouze v 6,3% a to výhradně u žen s mentální anorexií. Vysoká míra rizika se vyskytovala u všech diagnostických kategorií, ačkoli je možné pozorovat ženy s mentální anorexií s body nejčastěji v rozmezí 4-6, ženy trpící záchvatovitým přejídáním s průměrným bodovým skórem 8 a bulimické ženy na posledních příčkách s nejvyšším počtem bodů, od 9 do 16 bodů z maximálního počtu 18.

Tabulka č. 8: Rozdělení do tříd – sklon k bulimickému chování

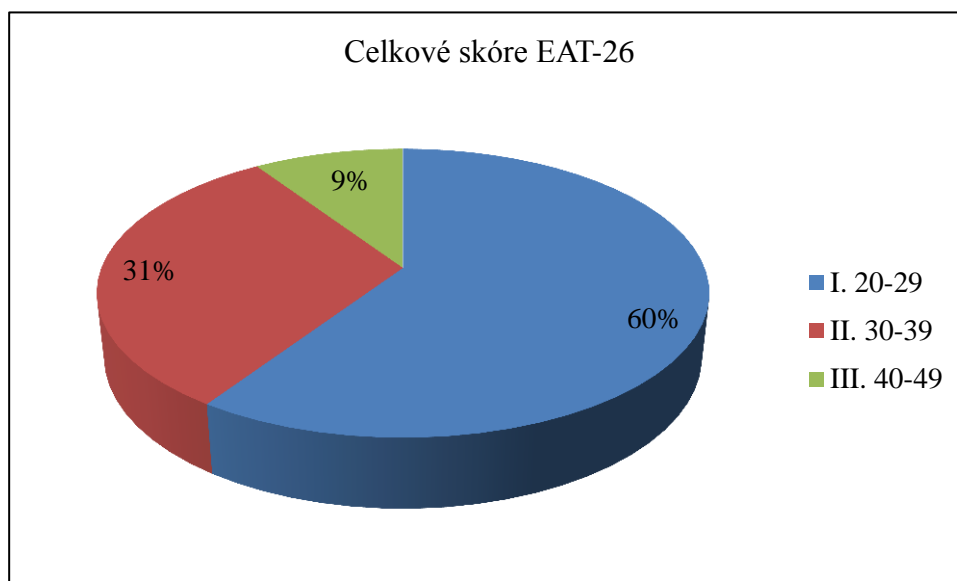
Skóre	Rozdělení do tříd	Četnost (%)
0-1	mírné riziko	0
2-3	střední riziko	6,3
4 a víc	vysoké riziko	93,7

Všechny respondentky dosahovaly celkového skóre alespoň 20, což je bodová hranice, kdy je třeba uvažovat o přítomnosti poruchy příjmu potravy. Pro větší přehlednost jsem dosažené skóre rozdělila do tří kategorií počínaje 20 body (graf č. 3). Maximální skóre bylo 78, avšak v tomto výzkumu se jako maximum ukázalo 42 bodů. Jak zobrazuje tabulka č. 9, v nejllehčí kategorii (myšleno s nejméně body) je 59,3% dotazovaných, v následné kategorii s bodovým rozmezím 30-39 je téměř třetina žen (31,3%) a poslední nejméně četná kategorie skýtá 9,4% respondentek. Současně můžeme pozorovat, že nízké skóre z více než 60% vykazovaly ženy s mentální bulimií. Respondentky se záchvatovitým přejídáním se vyskytovaly pouze v první kategorii a poslední kategorii, s největším bodovým skóre, zastupují pouze ženy s mentální anorexií.

Tabulka č. 9: Celkové skóre EAT-26 ve třech kategoriích podle poruchy příjmu potravy

	I. 20-29	II. 30-39	III. 40-49	Celkový počet
Mentální anorexie	3	8	3	14
Mentální bulimie	12	2	-	14
Záchvatovité přejídání	4	-	-	4
Celkový počet	19	10	3	32

Graf č. 3: Celkové skóre EAT-26 ve třech kategoriích



Výzkumná otázka č. 1.

Jak velké procento pacientek s poruchami příjmu potravy v Psychiatrické léčebně Bohnice užívá alkohol?

V tabulce č. 10 můžeme vidět procentuální výskyt jednotlivých bodových skupin, které značí určitou míru závislosti na alkoholu.

U více než 15% nebyla prokázána žádná závislost. Téměř polovina spadá do kategorie nízké úrovně závislosti kde až hranice 9 a více bodů je příznačná pro diagnózu zneužívání alkoholu anebo závislosti na alkoholu podle DSM-IV (Skinner & Horn, 1984a). Z celkového počtu respondentek spadajících do kategorie nízké úrovně závislosti dosáhlo skóre většího než 9 a více 56,5%.

Čtvrtina respondentek spadá do kategorie střední úrovně závislosti. Pouhá 3% respondentek byla podle výsledků dotazníku zařazena do skupiny s vysokou úrovní závislosti a téměř jedna desetina dotazovaných na základě výsledků dotazníku spadá do kategorie těžké závislosti s výsledkem pohybujícím se od 35 do 38, z maximálního možného počtu 47 bodů.

Tabulka č. 10: Výskyt užívání alkoholu, výsledky dotazníku ADS

Skóre	Míra závažnosti závislosti	Četnost (%)
0	Nebyla prokázána	15,6
1-13	Nízká úroveň	46,9
14-21	Střední úroveň	25
22-30	Vysoká úroveň	3,1
31-47	Těžká závislost	9,4

Podle výsledků z dotazníku CAGE (tabulka č. 11) je více než polovina respondentek (53,2%) bez podezření na závislost na alkoholu. Necelá pětina vykazuje důkaz o ohrožení, kde by pro potvrzení anebo vyvrácení ohrožení byly třeba doplňujících otázek ohledně frekvence pití alkoholu a další. V případě zaškrtnuté jedné položky v dotazníku CAGE polovina respondentek uváděla potřebu snížit své pití, více než třetina kritiku jejich pití okolím a jedna šestina pocit viny kvůli pití.

18,7% spadá do sekce podezření závislosti na alkoholu s kladnou odpovědí na dvě otázky. Všechny respondentky zaškrtnly potřebu své pití snížit, dále se často vyskytoval pocit viny, pití po ránu pro zlepšení stavu a podráždění okolí, v tomto pořadí.

Vysoká míra pravděpodobnosti výskytu alkoholu je přítomna u necelé desetiny respondentek (9,4%). Nejčastěji s kladnými odpověďmi na otázku ohledně potřeby snížení pití a špatných pocitů kvůli pití, následovala kritika okolí a nejméně často se vyskytovalo pití po ránu pro zbavení se kocoviny či zlepšení stavu.

Tabulka č. 11: Výskyt závislosti na alkoholu, výsledky CAGE dotazníku

Skóre	Závislost na alkoholu	Četnost (%)
0	Bez podezření	53,2
1	Důkaz o ohrožení	18,7
2	Podezření	18,7
3 a více	Vysoká míra pravděpodobnosti	9,4

Výzkumná otázka č. 2.

Jaká porucha příjmu potravy má větší předpoklad k užívání alkoholu?

Vzhledem k tomu, že se v souboru nacházelo stejné množství žen s mentální bulimií jako žen s mentální anorexií, je možné tyto dva soubory mezi sebou srovnávat. V případě záchvatovitého přejídání tomu tak není, čtyři respondentky s touto poruchou jsou příliš malým vzorkem, proto jsou výsledky z této skupiny spíše doplňující nežli směrodatné.

Ve vzorku jsme mohli pozorovat (tabulka č. 12), že u žen s mentální anorexií se jen výjimečně vyskytovala jiná, než nízká úroveň závislosti, která je v bodovém rozmezí 1-13, z nichž 77,8% nesplňovalo bodovou hranici pro diagnostiku škodlivého užívání anebo závislosti na alkoholu dle DSM-IV. Téměř polovina (43%) žen s mentální bulimií spadala do kategorie střední úrovně závislosti. Těžkou závislost ze dvou třetin zastupovaly ženy s mentální anorexií, závažná úroveň závislosti se vyskytla pouze u jedné respondentky, která trpěla mentální bulimií.

U žen se záchvatovitým přejídáním se v 75% vyskytovala nízká úroveň pití s bodovým rozptylem od 8 do 11 a ve 25% se jednalo o střední úroveň závislosti na alkoholu.

Tabulka č. 12: Rozdělení podle míry závislosti a poruchy příjmu potravy

Skóre	Nebyla prokázána závislost (0)	Nízká úroveň závislosti (1-13)	Střední úroveň závislosti (14-21)	Závažná úroveň závislosti ¹ (22-30)	Těžká závislost (31-47)	Celkový počet
Mentální anorexie	2	9	1	-	2	14
Mentální bulimie	3	3	6	1	1	14
Záchvatovité přejídání	-	3	1	-	-	4
Celkový součet	5	15	8	1	3	32

Výsledky dotazníku CAGE v tabulce č. 13 ukazují častější výskyt užívání alkoholu u žen s mentální bulimií. Více než třetina (35,7%) je bez jakéhokoli podezření na ohrožení alkoholem, u 28,6% byl důkaz o ohrožení alkoholem, více než pětina žen

(21,4%) má již podezření na závislost a u 14,3% byla prokázána vysoká míra pravděpodobnosti, že se jedná o závislost. U mentální anorexie byly téměř tři čtvrtiny (71,4%) bez jakéhokoli podezření a ze 14,3% se vyskytovalo podezření na závislost.

Tabulka č. 13: Výskyt závislosti na alkoholu, výsledky CAGE dotazníku podle poruch příjmu potravy

	Bez podezření	Důkaz o ohrožení	Podezření na závislost	Vysoká míra pravděpodobnosti	Celkový počet
Mentální anorexie	10	1	2	1	14
Mentální bulimie	5	4	3	2	14
Záchvatovité přejídání	2	1	1	-	4
Celkový počet	17	6	6	3	32

Můžeme vyvozovat spojitost mezi stavy přejídání a neschopností zastavit pití, která by se dala vysvětlit impulzivitou, která je typická pro ženy s mentální bulimií (Papežová, 2003). Jejich vzájemný vztah zobrazují následující tabulky. Je znatelný rozdíl, mezi mentální bulimií a mentální anorexií, kdy v případě bulimie polovina respondentek přiznává problémy se zastavením se v pití (tabulka č. 14). Stejně tak jsou u nich stavy přejídání výrazně častější, než v případě anorexie. V případě mentální anorexie má se zastavením pití obtíže více než čtvrtina (28,6%), což nelze dávat do spojitosti se záchvaty přejídání, neboť u respondentek s mentální anorexií se vyskytují spíše okrajově (tabulka č. 15).

Tabulka č. 14: Spojitost mezi stavy přejídání a neschopností zastavit pití u mentální bulimie

Můžete přestat pít poté, co jste vypila jednu nebo dvě sklenky?	Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat:							Celkový počet
		Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	
	Ano	2	3	1	-	-	-	6
	Ne	1	5	1	1	-	-	8
Celkový počet		3	8	2	1	-	-	14

Tabulka č. 15: Spojitost mezi stavy přejídání a neschopností zastavit pití u mentální anorexie

Můžete přestat pít poté, co jste vypila jednu nebo dvě sklenky?	Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat:							
		Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	Celkový počet
	Ano	-	-	-	-	4	6	10
	Ne	-	-	-	1	1	2	4
Celkový součet		-	-	-	1	5	8	14

V případě záchvatovitého přejídání, výsledky napovídají výskytu jak stavů přejídání, tak neschopnosti zanechání pití. V padesáti procentech ženy uvedly, že se stavy přejídání bez schopnosti přestat vyskytují vždy a následně tři ženy ze čtyř popisují neschopnost zastavit pití po vypití jedné či dvou skleniček.

V momentě, kdy z tohoto srovnávání vyloučíme všechny respondentky, které měly skóre nižší než 9, což je hranice pro možnost diagnostiky škodlivého užívání anebo závislosti dle DSM-IV, dostáváme se k výsledkům, které v podstatě podporují ty předešlé.

Tato kritéria splňují pouze tři ženy s mentální anorexií, deset žen s mentální bulimií a všechny, tedy čtyři, ženy trpící záchvatovitým přejídáním.

U mentální bulimie i v tomto případě více než polovina respondentek (60%) neovládá své pití (tabulka č. 16). Přesto můžeme vidět, že celých 40% s pravidelnými záchvaty přejídání jsou schopny ovládnout své pití poté, co si dají jednu nebo dvě sklenky, přestože se u nich v jisté míře nachází závislostní chování anebo škodlivé užívání alkoholu.

Tabulka č. 16: Spojitost mezi stavy přejídání a neschopností zastavit pití u mentální bulimie s vyloučením žen se skóre do 9

Můžete přestat pít poté, co jste vypila jednu nebo dvě sklenky?	Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat:							Celkový počet
		Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	
	Ano	2	2	-	-	-	-	4
	Ne	1	3	1	1	-	-	6
Celkový počet		3	5	2	1	-	-	10

V případě mentální anorexie se soubor vyřazením žen se skóre nižším než 9, výrazně zmenšil. Jak uvádí tabulka č. 17, dvě ze tří žen uvádějí problémy se zastavením se v pití, přestože výskyt stavů přejídání není častý.

Tabulka č. 17: Spojitost mezi stavy přejídání a neschopností zastavit pití u mentální anorexie s vyloučením žen se skóre do 9

Můžete přestat pít poté, co jste vypila jednu nebo dvě sklenky?	Mám stavy přejídání, při kterých mám pocit, že nemohu přestat:							Celkový počet
		Vždy	Obvykle	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy	
	Ano	-	-	-	-	-	1	1
	Ne	-	-	-	1	1		2
Celkový počet		-	-	-	1	1	1	3

U žen trpících záchvatovitým přejídáním můžeme pozorovat častější stavy přejídání než u mentální anorexie, přesto je výsledek ve schopnosti zastavit pití téměř stejný.

Další možná souvislost se nabízí mezi výskytem rychlého pití a pití velkých doušek alkoholu v závislosti na poruchách příjmu potravy, kde je předpoklad, že ženy s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním, které mají menší sklon k orální kontrole, budou častěji pít rychle, velké doušky alkoholu.

Tabulka č. 18 ukazuje výsledek v celém vzorku, tedy i mezi ženami se skóre nižším než 9, kdy není možné diagnostikovat škodlivé užívání anebo závislost podle DSM-IV. Pití rychle, velkých doušek alkoholu se vyskytuje nejčastěji mezi ženami s mentální bulimií. Z celkového počtu žen s mentální bulimií tímto způsobem alespoň někdy konzumuje

alkohol 57,1%. U žen s mentální anorexií nebyl výskyt tak častý, z celkového počtu odpovědělo „ano“ 21,4%, u žen se záchvatovitým přejídáním to bylo 25%.

Tabulka č. 18: Výskyt rychlého pití a pití velkých doušek alkoholu podle poruchy příjmu potravy

Pijete rychle, velké doušky alkoholu?			
	Ne	Ano	Celkový počet
Mentální anorexie	11	3	14
Mentální bulimie	6	8	14
Záchvatovité přejídání	3	1	4
Celkový počet	20	12	32

V tabulce č. 19 odpovídáme na stejnou souvislost, ale tentokrát pouze u žen, u nichž by se dalo uvažovat o diagnóze škodlivého užívání anebo závislosti na alkoholu podle DSM-IV. Také tady můžeme vidět větší výskyt rychlého pití a pití velkých doušek alkoholu u žen s mentální bulimií, kde se vyskytuje v 66,7%. U mentální anorexie je výskyt u 60% dotazovaných, což je podstatný rozdíl oproti hodnotě v minulé tabulce a to z toho důvodu (tabulka č. 12), že u žen s mentální anorexií je menší prevalence užívání alkoholu. U žen, které alkohol pijí, je ale míra sebeovládání v tomto případě téměř srovnatelná s ovládáním bulimických žen. U záchvatovitého přejídání je výsledek jen nepodstatně změněn. Rychlé pití a pití velkých doušek alkoholu se vyskytuje stále pouze u jedné ženy.

Tabulka č. 19: Výskyt rychlého pití a pití velkých doušek alkoholu podle poruchy příjmu potravy s vyloučením žen do skóre 9 v ADS dotazníku

Pijete rychle velké doušky alkoholu?			
	Ne	Ano	Celkový počet
Mentální anorexie	2	3	5
Mentální bulimie	3	6	9
Záchvatovité přejídání	2	1	3
Celkový počet	7	10	17

Na základě výsledků můžeme potvrdit předpoklad, že nemožnost ovládnout stavy přejídání může mít spojitost s neschopností přestat pít po jedné či dvou skleničkách. Jednoznačně se nepotvrdila myšlenka, že impulzivita bulimických žen se projeví také v četnosti výskytu rychlého pití anebo pití velkých doušků, kdy byl výsledek u mentální bulimie po vyloučení žen, které nedosahovaly skóre pro možnou diagnostiku škodlivého užívání či závislosti na alkoholu dle DSM-IV, jen nepatrně větší (60% x 66,7%) než u žen s mentální anorexií. Je třeba brát ohled na rozdílnost velikosti souboru pro vyloučení části žen z důvodu výše zmíněného kritéria.

Na základě výsledků ale můžeme vidět rozdíl mezi sebeovládáním anebo, chceme-li, impulzivitou, u žen trpících mentální anorexií a mentální bulimií, kde je také znatelný rozdíl ve frekvenci výskytu stavů přejídání. Ženy s mentální bulimií méně ovládají své pití, což se ale paradoxně nepotvrdilo u vzorku žen se záchvatovitým přejídáním, kde se ale pro malý počet respondentek nedají vyvozovat směřodonné závěry.

Na základě výsledků můžeme tvrdit, že ženy s mentální bulimií mají větší předpoklad k užívání alkoholu, škodlivému užívání nebo závislosti.

7. Diskuse a závěry

Užívání alkoholu u pacientek s poruchami příjmu potravy v Psychiatrické léčebně Bohnice se ukázalo jako poměrně časté. Podle dat získaných z dotazníku Alcohol Dependence Scale – Škály závislosti na alkoholu (Skinner & Horn, 1984b), se úplná abstinence vyskytla u pouhých 15,6%, u ostatních pacientek (84,4%) bylo rozpoznáno užívání alkoholu. Míra užívání alkoholu u jednotlivých pacientek se podstatně lišila. Podle bodových kategorií Škály závislosti na alkoholu můžeme popsat míru závislosti pacientek. Nejčastěji, téměř z jedné poloviny (46,9%), se vyskytovala nízká úroveň závislosti na alkoholu, kde až hranice 9 a více bodů můžeme považovat za směrodatnou vzhledem k možnosti diagnostiky škodlivého užívání anebo závislosti na alkoholu podle DSM-IV. Více než polovina žen (56,5%) spadající do kategorie nízké úrovně závislosti na alkoholu dosahovalo skóre 9 a více.

Střední úroveň závislosti byla popsána u jedné čtvrtiny žen, vysoká úroveň závislosti u 3% a do poslední kategorie těžké závislosti spadala téměř jedna desetina respondentek (9,4%). Výsledky dotazníku ADS potvrzují škodlivé užívání anebo závislost na alkoholu u 64% pacientek z Psychiatrické léčebně Bohnice.

Tyto výsledky částečně korespondují s výsledky CAGE dotazníku, kdy více než polovina respondentek (53,2%) spadá do kategorie bez závislosti na alkoholu a dle ADS je to 36%, bereme-li v úvahu hranici 9 a více bodů. Důkaz o ohrožení užívání alkoholu se vyskytuje u 18,7%, u téměř stejného množství můžeme mluvit o podezření na závislost na alkoholu a u jedné desetiny mluvíme o vysoké míře pravděpodobnosti závislost.

Shrneme-li to, podle výsledků Škály závislosti na alkoholu, která se ukazuje jako přesnější indikátor užívání alkoholu, u 64% pacientek můžeme uvažovat škodlivé užívání anebo závislost na alkoholu, což koresponduje s výsledky studie Pirana a Gadalla (2005), kteří uvádějí, že existuje vztah mezi poruchami příjmu potravy a celoživotní prevalencí závislosti na alkoholu.

Ve srovnání s běžnou populací, kdy je rizikové užívání nebo škodlivé pití příznačné pro 9,3% a velmi rizikové pití (riziko závislosti, závislost) pro 0,3% (Mravčík, et al., 2010) je 64% vysoká prevalence. Vyšší prevalenci u žen s poruchami příjmu potravy můžeme vysvětlovat psychickými problémy, které často vedou k užívání

alkoholu například ve formě sebemedikace k potlačení nepříjemných stavů (Minařík, 2008).

Stejně jako v několika dostupných zahraničních studiích (Arias et al., 2009; Luce et al., 2006) se také v této studii mentální bulimie ukázala jako porucha příjmu potravy s větším předpokladem k užívání alkoholu. Výsledky poukazují na to, že u žen s mentální anorexií se jen výjimečně vyskytovala jiné než nízká úroveň závislosti, kdy 77,8% z nich nesplňovalo bodovou hranici pro diagnostiku škodlivého užívání anebo závislosti na alkoholu dle DSM-IV. Téměř polovina žen (43%) s mentální bulimií spadala do kategorie střední závislosti na alkoholu, závažnost užívání alkoholu s mentální bulimií je proto ve výsledku závažnější a častější, než u žen s mentální anorexií.

Výsledky CAGE dotazníku výše psané výsledky potvrzují. Téměř tři čtvrtiny (71,4%) žen s mentální anorexií bylo bez podezření na závislostní chování ve spojitosti s alkoholem a zbylých 28,6% se nacházelo v kategoriích od důkazu o ohrožení závislosti, přes podezření na závislost po vysokou míru pravděpodobnosti výskytu závislosti. U mentální bulimie byly výsledky téměř opačné. Více než třetina (35,7%) pacientek byla bez podezření a téměř dvě třetiny (64,3%) se nacházelo v kategoriích důkaz o ohrožení, podezření na závislost a vysoká míra pravděpodobnosti závislosti, s výskytem v tomto pořadí.

Hlavním důvodem by mohl být omezený kalorický příjem u žen s mentální anorexií, který u bulimických žen často chybí, alespoň v době stavů přejídání. Jako další příčina nižšího užívání alkoholu u žen s mentální anorexií může být větší schopnost orální kontroly, než je tomu u bulimických žen, jak jsme se dozvěděli na základě výzkumu.

Předpoklad souvislosti mezi impulzivitou bulimických žen a užívání alkoholu ve smyslu neschopnosti zastavit pití a rychlého pití anebo pití velkých doušek alkoholu, se zcela nepotvrdila, ale ani nevyloučila. U žen s mentální bulimií se problém zastavit se v pití vyskytoval u 40%, u žen s mentální anorexií to bylo 33%.

Výskyt rychlého pití a pití velkých doušek alkoholu se u žen s mentální bulimií, které užívají alkohol, vyskytl v 66,7% případů. U žen s mentální anorexií u 60%.

Je ale třeba brát v úvahu menší vzorek, jelikož žen užívajících alkohol je mezi těmi s mentální anorexií méně. Výsledky proto nejsou zcela srovnatelné.

I přes tato omezení můžeme vidět větší vliv u žen s mentální bulimií.

Na základě vyhodnocování výsledků dotazníků, jejich zpracovávání a hledání příznačných souvislostí, by se dalo navrhnout využití speciálně sestaveného dotazníku na téma komorbidit poruch příjmu potravy a užívání alkoholu u žen. Přestože výsledky převzatých dotazníků Eating Attitude Test a Alcohol Dependence Scale poskytly prostor pro zhodnocení výskytu jednotlivých poruch příjmu potravy a míry užívání alkoholu, pro přesnější výsledky více spjaté s tématem komorbidit, by sestavený dotazník anebo alespoň doplňující otázky k těmto dotazníkům byly přínosné.

Ukázalo se, že zaměření na jedno léčebné zařízení je příliš úzké pro dostatečné množství respondentek a následnou transparentnost výsledků výzkumu. Z důvodů malé kapacity oddělení v Psychiatrické léčebně Bohnice ani v průběhu čtvrt roku nebyla obměna pacientek na oddělení dostatečná k nasbírání uspokojivého množství dotazníků. Vhodnější se zdá zaměření se například na všechna lůžková oddělení pro léčbu poruch příjmu potravy v hlavním městě Praze. Pro větší představu závažnosti výskytu užívání alkoholu u žen s poruchami příjmu potravy by bylo vypovídající následné srovnání s výsledky žen s poruchami příjmu potravy, které se neléčí v rezidenčním zařízení.

Závěrem lze podotknout, že se potvrdila vysoká míra užívání alkoholu u žen s poruchami příjmu potravy v Psychiatrické léčebně Bohnice. Tento častý výskyt je důležité mít na vědomí a to zejména při utváření diagnostiky a následné léčbě pro jakoukoli z těchto diagnóz. Fenomén komorbidit může narušovat průběh léčby v případě, kdy je známa pouze jedna porucha anebo je pouze jedné z nich věnována dostatečná pozornost.

V případě, že spolu tyto dvě poruchy koexistují, můžeme uvažovat o tom, že v mnoha případech po vyléčení pouze jedné z těchto poruch, se stav následně opět zhorší, neboť se vzájemně ovlivňují. Přetrvávání jedné poruchy by mohlo mít vliv na opětovný výskyt poruchy druhé.

Samotné povědomí o četnosti výskytu komorbidit může odborným pracovníkům usnadnit její identifikaci, což následně může ovlivnit léčebné metody a tím pádem také léčebné výsledky.

8. Použitá literatura

ALLISON, D. B., & BASKIN, M. L. (2009). Handbook of assesment methods for eating behaviors and weight-related problems: measure, theory and research. Second edition. California: Sage Publications.

ARIAS, J. E., HAWKE, J. M., ARIAS, A. J., & KAMINER, Y. (2009). Eating Disorder Symptoms and Alcohol Use Among Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research & Treatment*, (3), 81-91.

BABIAKOVÁ, M., & MARKOVÁ, E. (2006). Poruchy příjmu potravy. In E. Marková, M. Venglářová&M. Babiaková, Psychiatrická ošetrovatelská péče (287-294). Praha: Grada Publishing.

BALHARA, Y., MATHUR, S., & KATARIA, D. (2012). Body Shape and Eating Attitudes among Female Nursing Students in India. *East Asian Archives Of Psychiatry*, 22(2), 70-74.

BENEŠOVÁ, D., & MIČOVÁ, L. (2003). Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty: rady lékaře. Praha: Sdružení MAC.

BLOND, A. I., FELDMAN, J. F., LORENZ, J. M., & WHITAKER, A. H. (2008). Eating attitudes and weight concerns in femalen low birth weight adolescents. *International Journal Of Eating Disorders*, 41(6), 573-575. doi:10.1002/eat.20543

CHVÁLA, V., & TRAPKOVÁ, L. (2004). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.

CLAUDE-PIERRE, P. (2001). Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy. Praha: Pragma.

COHN, L., & HALL, L. (2003). Rozlučte se s bulimií. Praha: Era.

- COOPER, P. J. (1995). Mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Olomouc: Votobia.
- CSÉMY, L., & NEŠPOR, K. (1993). Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat. Praha: Sportpropag.
- DOUKA, A., GRAMMATOPOULOU, E., SKORDILIS, E., & KOUTSOUIKI, D. (2009). Factor analysis and cut-off score of the 26 –item eating attitudes test in a greek sample. *Biology Of Exercise*, 5 (1), 51-67.
- DUNCAN, A. E., NEUMAN, R. J., KRAMER, J. R., KUPERMAN, S., HESSELBROCK, V. M., & BUCHOLZ, K. K. (2006). Lifetime psychiatric comorbidity of alcohol dependence and bulimia nervosa in women. *Drug and Alcohol Dependence*. 84(1). 122-132. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.01.005
- EDWARDS, G. (2004). Záhadná molekula. Mýty a skutečnosti o alkoholu. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny.
- ERWING, J. A. (1984). Detection alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- FRANKO, D. L., DORER, D. J., KEEL, P. K., JACKSON, S., MANZO, M., & HERZOG, D. B. (2005). How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other?. *International Journal Of Eating Disorders*, 38(3), 200-207. doi:10.1002/eat.20178
- GOLDBLOOM, D. S., NARANJO, C. A., BREMNER, K. E., & HICKS, L. K. (1992). Eating disorders and alcohol abuse in women. *British Journal of Addiction*, 87, 913-920.
- GÖHLER, F. CH., & KÜHN, F. (2001). Od návyku k závislosti. Praha: Euromedia Groups, k. s. – Ikar.
- GROFOVÁ, Z. (2007). Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry. Praha: Grada.

HAJNÝ, M. (1999). Specifické rysy vztahů pacientek s poruchami příjmu potravy. Disertační práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

HALL, L., & COHN, L. (2003) Rozlučte se s bulimií. Brno: Era.

HEIDELBERG, N. F., & CORREIA, C. J. (2009). Dieting Behavior and Alcohol Use Behaviors among National Eating Disorders Screening Program Participants. *Journal Of Alcohol & Drug Education*, 53(3), 53-64.

IORGULESCU, G. (2010). Low self-esteem in women with eating disorders and alcohol abuse as a psycho-social factor to be included in their psychotherapeutic approach. *Journal Of Medicine & Life*, 3(4), 458-564.

JEŘÁBEK, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In K. Kalinaa kol., *Základy klinické adiktologie* (53-74). Praha: Grada Publishing.

KRCH, F. D. (2008). Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. 3. vydání. Praha: Grada Publishing.

KRCH, F. D. (2010). Mentální anorexie. 2. vydání. Praha: Portál.

KRCH, F. D. (1999). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing.

KRCH, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicina pro praxi*, 4(9), s. 321-323.

KRUG, I., TREASURE, J., KARWAUTZ, A., NACMIAS, B., PENELO, E., RICCA, V., & ... WAGNER, G. (2008) Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1), 169-179. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.015

KUDRLE, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (91-95). Praha: Úřad vlády České republiky.

LEIBOLD, G. (1995). Mentální anorexie. Příčiny, průběh a nové léčebné metody. Praha: Nakladatelství svoboda.

LUCE, K. H., ENGLER, E. A., & CROWTHER, J. H. (2007). Eating disorders and alcohol use: Group differences in consumption rates and srinking motives. *Eating Behaviors*. 8(2). 177-184. doi:10.1016/j.eatbeh.2006.04.003

MARKOVÁ, E., VENGLÁŠOVÁ, M., & BABIAKOVÁ, M. (2006). Psychiatrická, ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing.

MINAŘÍK, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In K. Kalinaa kol., *Základy klinické adiktologie* (339-368). Praha: Grada Publishing.

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., & KALINA, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In K. Kalina a kol., *Základy klinické adiktologie* (75-87). Praha: Grada Publishing.

MRAVČÍK, V., PEŠEK, R., HORÁKOVÁ, M., NEČAS, V., CHONYMOVÁ, P., ŠTASTNÁ, L., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., FIDESOVÁ, H., NECHANSKÁ, B., VOPRAVIL, J., PRESLOVÁ, I., DOLEŽALOVÁ, P., KOŇÁK, T. (2010). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010 [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky.

MÜHLPACHR, P. (2002). Sociální patologie. Brno: MU Pedagogická fakulta.

NEŠPOR, K. (2003). Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In K. Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup* (217-222). Praha: Úřad vlády České republiky.

PAPEŽOVÁ, H. (2000). Anorexie nervosa. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

PAPEŽOVÁ, H. (2003). Bulimia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

PAPEŽOVÁ, H. (2010). Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing.

PEVELER, R., & FAIRBURN, C. (1990). Eating disorders in women who abuse alcohol. *British Journal Of Addiction*. 85(12). 1633-1638.

PIRAN, N. & GADALLA, T. (2007) Eating disorders and substance abuse in Canadian women: A national study. *Addiction*, 102(1),105-113. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01633.x

POPOV, P. (2003). Alkohol. In K. Kalina a kol., Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup (151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.

ROOT, T. L., PINHEIRO, A., THORNTON, L., STROBER, M., FERNANDEZ-ARANDA, F., BRANDT, H., & ... BULIK, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal Of Eating Disorders*, 43(1). doi:10.1002/eat.20670

SKÁLA, J. (1957). Alkoholismus: Terminologie, diagnostika, léčba a prevence. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.

SKÁLA, J. (1977). ...až na dno!?. Praha: Avicenum.

SKINNER, H. A., & HORN, J. L. (1984a). Alcohol Dependence Scale: Users Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.

SLADKÁ – ŠEVČÍKOVÁ, J. (2003). Z deníku bulimičky. Praha: Portál.

STÁRKOVÁ, L. (2005). Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. *Pediatric pro praxi*, 1.

VODÁČKOVÁ, D., a kol. (2002). Krizová intervence. Praha: portál.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). Neuroscience of Psychoactive Substance Use and dependence. Geneva: World Health Organization.

ZVOLSKÝ, P., a kol. (2001). Speciální psychiatrie. Praha: Karolinum.

8.1. Internetové zdroje

BMI Calculator. (2012). Dostupný 18. 7. 2012 na:

<http://www.nudgefitness.com/BMI.html>

GARNER, D. M., & GARFINKEL, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test. Dostupný 20. 7. 2012 na: <http://www.eat-26.com/downloads.php>.

SKINNER, H. A., & HORN, J. L. (1984b). Škála závislosti na alkoholu. Dostupný 20. 7. 2012 na: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/2971/Skala-zavislosti-na-alkoholu-Alcohol-Dependence-Scale-ADS->.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. (2012). Pět Pé aneb Poruchy příjmu potravy od A až do Z. Občanské sdružení Anabell. Dostupný 22. 6. 2012 na: <http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>.